

Funktionale Empathie:
Entwicklung und Evaluation eines Empathietrainings
auf Basis eines integrativen Prozessmodells
zur Vermeidung empathisch kurzschlüssigen Handelns

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.

der Fakultät für Bildungswissenschaften
an der Universität Duisburg-Essen

vorgelegt von

Tobias Altmann

geboren am 25.11.1983 in Halle (Saale)

Tag der Disputation:
18.12.2013

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Marcus Roth
Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. phil. habil. Philipp Hammelstein
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die theorie- und empiriebasierte Entwicklung eines Empathietrainingsprogramms für soziale Berufe beschrieben. Ziel des Trainings ist der funktionale und reflektierte Umgang mit dem eigenen empathischen Handeln zur langfristigen Prävention von emotionalen Fehlbelastungen. In der anschließenden empirischen Studie wird dieses Programm hinsichtlich Akzeptanz und Wirksamkeit in der Krankenpflegeausbildung evaluiert.

Im ersten Teil der Arbeit wird basierend auf der Analyse der bisherigen Literatur eine integrative Arbeitsdefinition der Empathie vorgeschlagen. Demnach wird Empathie als ein kognitives und affektives Phänomen verstanden, das sowohl eine stabile Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer Verhaltenstendenz als auch eine generelle Fähigkeit beschreibt, die in eine erlern- und trainierbare Fertigkeit umsetzbar ist. Empathie wird dabei erst in der konkreten Interaktion mit anderen Personen realisiert und damit existent. Bisherige Konzepte der Empathieforschung werden im Empathie-Prozessmodell (EPM) integriert, mit dem auch bestimmte dysfunktionale Reaktionen erklärt werden können. Diese „empathischen Kurzschlüsse“ (EKS) werden als eine kommunikative Notreaktion konzipiert, die primär der eigenen kurzfristigen Emotionsregulation dient. Es wird angenommen, dass die langfristige Kumulation derartiger EKS-Reaktionen negative Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit in Form von psychosomatischen und Belastungssymptomen desjenigen hat, der die EKS begeht. Zur Reflexion des eigenen empathischen Verhaltens wird das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) nach Rosenberg vorgeschlagen.

Im zweiten Teil der Arbeit wird die Entwicklung eines Empathietrainingsprogramms für soziale Berufe beschrieben, welches auf dem Konzept der GFK aufbaut. Dieses Programm intendiert erstens die Reflexion des eigenen empathischen Handelns und das Erkennen der Risiken des EKS, sowie zweitens den Aufbau von erprobten Handlungsalternativen und deren Integration in den Arbeitsalltag. Basierend auf empirischen Vorstudien und der Analyse bestehender Trainingskonzepte wurden die 35 didaktischen Einheiten des viertägigen Programms entwickelt, die aus Gruppen-

und Partnerübungen, moderierten Diskussionen, individueller Arbeit und Kurzvorträgen bestehen.

Den dritten Teil der Arbeit bildet eine empirische Studie zur Evaluation der Akzeptanz und Wirksamkeit dieses Trainingskonzeptes an einer Stichprobe von 448 Auszubildenden in der Krankenpflege. Das Design entspricht dabei einer längsschnittlichen Interventions-Kontrollgruppen-Studie mit Prä-, Post- und Follow-up-Messung über 3,3 Monate. Es konnte gezeigt werden, dass das Training zu positiven Effekten in den sozialen und emotionalen Kompetenzen sowie in den psychosomatischen und Belastungssymptomen führt. Die Balance aus Empathie für andere und Selbstempathie sowie der Fokus auf die Gefühle und Bedürfnisse bei aufrechterhaltener Selbst-Andere-Differenzierung im Sinne der GFK konnten als erfolgreiche Interventionen bestätigt werden. Die gesteigerte Akzeptanz der eigenen Emotionen und die Stärkung der Handlungsfähigkeit in intensiven, emotionalen Situationen können als protektive Faktoren bezüglich psychosomatischer Belastungs- und Burn-out-Symptome gesehen werden, die besonders in den sozialen bzw. helfenden Berufen von Bedeutung sind. Funktionale, reflektierte Empathie kann also in der Anwendung der Methode der GFK auf Grundlage des EPM zur Vermeidung des EKS in einem Training erreicht werden. Es bedarf natürlich weiterer Forschung zur detaillierten Analyse der genauen Wirkmechanismen und differenzierten Effektivität von einzelnen Trainingseinheiten.

Abstract

The present study investigates the effects of a self-developed empathy training for the social professions. As Empathy is defined in varying ways in the current literature, an integrative definition is proposed using the Empathy Process Model (EPM). According to this empathy can be seen as a process that incorporates aspects of both a stable personality trait and an ability, which can be trained and developed into practical skills. The model also allows explaining dysfunctional empathic behavior such as the Empathic Short Circuit (ESC). The ESC is described as a communicative shortcut to escape an emotionally tense situation by disrupting the emotional interaction, leaving both involved with a diffuse dissatisfaction. It is assumed that

the accumulation of these reactions over time may reflect in psychosomatic and symptoms of emotional strain. To review one's own empathic actions the concept of Nonviolent Communication (NVC) by Rosenberg is suggested. The training program which is subsequently described in its development and prior evaluative studies builds on the NVC concept. The aim is to reflect one's empathic actions to avoid the ESC as well as to install alternative strategies to deal with intense emotional situations in the everyday work context of the social professions.

An evaluation of the training program is presented assessing its acceptance and efficacy in nursing schools with a total of 448 participants in the longitudinal intervention-control-group study. Significant changes could be achieved in strengthening several social and emotional competences as well as in reducing psychosomatic and symptoms of emotional strain. A higher acceptance for one's own emotions and a higher experienced agency, i.e., capacity to act in emotionally tense situations were among the major effects of the training. The NVC concept of balance between focusing of empathy for the other person and focusing one's own emotional situation has been proven to be a useful strategy in reducing emotional strain and has been successfully implemented in the training program for the social professions. Further studies are necessary, e.g., to analyze of the effectiveness of single training units in detail.

Gliederung

GLIEDERUNG	1
1 EINLEITUNG UND ÜBERBLICK.....	3
2 THEORETISCHER RAHMEN	6
2.1 EMPATHIE.....	7
2.1.1 Definitionen und Modelle	7
2.1.1.1 Duales Persönlichkeitsmerkmal	8
2.1.1.2 Fähigkeit und Fertigkeit	12
2.1.1.3 Interaktionsmuster	13
2.1.1.4 Zwischenfazit	15
2.1.1.5 Integrative Konzepte.....	15
2.1.2 Das Empathie-Prozessmodell.....	18
2.1.2.1 Phase 1 – Wahrnehmung.....	21
2.1.2.2 Phase 2 – Mentales Modell.....	21
2.1.2.3 Phase 3 – Empathische Emotion	23
2.1.2.4 Phase 4 – Antwort.....	25
2.2 DER EMPATHISCHE KURZSCHLUSS	29
2.3 DIE GEWALTFREIE KOMMUNIKATION	34
2.3.1 Marshall B. Rosenberg	35
2.3.2 Der Begriff Gewalt.....	36
2.3.3 Das Modell der Gewaltfreien Kommunikation	38
2.3.3.1 Beobachtungen	40
2.3.3.2 Gefühle	43
2.3.3.3 Bedürfnisse	48
2.3.3.4 Bitten	53
2.3.4 Exkurs: Das Empathieverständnis in der Gewaltfreien Kommunikation	55
2.4 DIE TRAINIERBARKEIT VON EMPATHIE.....	58
2.5 TRAININGS IN GEWALTFREIER KOMMUNIKATION	62
3 GESAMTKONZEPT UND VORANNAHMEN ZUR TRAININGSENTWICKLUNG.....	66
3.1 SYNTHESE UND GESAMTKONZEPT	66
3.2 VORANNAHMEN ZUR TRAININGSPROGRAMMENTWICKLUNG	71
4 ENTWICKLUNG DES TRAININGSPROGRAMMS	73
4.1 PRINZIPIEN UND GROBSTRUKTUR.....	73
4.2 VORVERSIONEN UND PROGRAMMENTWICKLUNG.....	76
4.2.1 Probeseminar in der universitären Lehre	76
4.2.2 Vorstudie mit Experten in der Alten- und Krankenpflege.....	77
4.2.2.1 Kurzbeschreibung des Trainingsprogramms der Vorstudie	78
4.2.2.2 Stichprobenbeschreibung der Vorstudie	80
4.2.2.3 Ergebnisse der formativen Evaluation der Vorstudie	81
4.2.2.4 Bewertungen und Veränderungen der Trainingseinheiten.....	83
4.3 FINALE VERSION DES TRAININGSPROGRAMMS.....	87

5	METHODIK.....	100
5.1	DESIGN DER STUDIE	100
5.2	DURCHFÜHRUNG.....	101
5.3	HYPOTHESEN UND OPERATIONALISIERUNG	104
5.4	MESSINSTRUMENTE	106
5.4.1	Berufliche Belastung (BEL)	107
5.4.2	Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)	108
5.4.3	Formative Evaluation	108
5.4.4	Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)	112
5.4.5	Irritationsskala (IS)	114
5.4.6	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – deutsche Fassung (KIMS-D).....	114
5.4.7	Maslach Burnout Inventar (MBI)	115
5.4.8	Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)	116
5.4.9	Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)	118
5.4.10	Self-Other Empathy (SOE)	119
5.4.11	Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)	120
5.4.12	Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	121
5.4.13	Wissensfragen zu Differenzierungen in der GFK.....	122
5.5	STICHPROBENBESCHREIBUNG	124
6	ERGEBNISSE	128
6.1	SKALENANALYSE	128
6.1.1	Reliabilitätsanalyse	128
6.1.2	Umgang mit fehlenden Werten	131
6.2	EVALUATION DES TRAININGSPROGRAMMS.....	131
6.2.1	Formative Evaluation	132
6.2.2	Summative Evaluation	136
6.2.2.1	Datenauswertungsmethode	136
6.2.2.2	Ergebnisbericht	139
6.3	WEITERE ANALYSEN.....	157
6.3.1	Einfluss der TrainerInnen	157
6.3.2	Voraussetzungen für Erfolg des Trainings.....	159
7	DISKUSSION	164
7.1	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG DER BEFUNDE	164
7.2	DISKUSSION DER BEFUNDE	167
7.3	LIMITATIONEN DER STUDIE	174
7.4	FAZIT UND AUSBLICK.....	178
	LITERATUR.....	180
	ANHANG	202

1 Einleitung und Überblick

Der Begriff Empathie steht in den letzten Jahren immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Durch allgemein verständliche Publikationen aus den psychologischen Neurowissenschaften wie „Unser empathisches Gehirn“ von Keyzers (2013a), der Soziologie wie „The Empathic Civilization“ von Rifkin (2009) und der medizinischen Pflege wie „Empathy in Patient Care“ von Hojat (2007) sowie aus Beiträgen der Presse wie „Die Macht des Mitgefühls“ von Dworschak (2013) wird deutlich, dass ein gesellschaftlicher Wunsch nach einem empathisch mitfühlenden Umgang miteinander besteht.

In der psychologischen Forschung erweist sich Empathie ebenfalls ein häufig und intensiv untersuchtes Phänomen (z.B. Bernhardt & Singer, 2012; Butters, 2010; Carré, Stefaniak, D'Ambrosio, Bensalah & Besche-Richard, 2013; Konrath, O'Brien & Hsing, 2011; Vignemont & Singer, 2006), auch wenn selbst definitorische Fragen noch lange nicht geklärt zu sein scheinen (z.B. Decety & Jackson, 2004; Gerdes, Segal & Lietz, 2010; Preston & de Waal, 2002). Der positive Einfluss der Empathie beispielsweise auf antisoziales Verhalten und Delinquenz (z.B. Bazemore & Stinchcomb, 2004; Jolliffe & Farrington, 2004; Mulloy, Smiley & Mawson, 1999), Partnerschaftszufriedenheit (z.B. Halford, Markman, Kling & Stanley, 2003; Long, Angera & Hakoyama, 2008) und Führung (z.B. Bell & Hall, 1954; Kellett, Humphrey & Sleeth, 2002; Skinner & Spurgeon, 2005) konnte nachgewiesen werden. Auch der Zusammenhang zum Phänomen Burnout in den helfenden Berufen wurde bereits in Studien thematisiert (z.B. Åström, Nilsson, Norberg, Sandman & Winbald, 1991; Bragard, Etienne, Merckaert, Libert & Razavi, 2010; Lee, 2010). Dieser wird besonders bei den Angestellten im Gesundheitswesen relevant, von denen in dieser Arbeit speziell die Pflegekräfte beispielhaft betrachtet werden.

Pflegekräfte werden aus diesem Grunde exemplarisch betrachtet, da ein hoher emotionaler Anforderungscharakter in diesem Berufsbild besteht, der durch die häufige und intensive Nähe zu PatientInnen und der direkten Konfrontation mit deren Emotionalität entsteht. Durch die isolierte und damit abhängige Situation der PatientInnen im Krankenhaus erhält dies eine verstärkte Brisanz, da die Pflegekräfte oft die einzigen und grundsätzlich die primären Ansprechpartner für alle Belange sind – von der Unzufriedenheit mit der Matratze bis zur Angst vor dem Sterben. Wie in einer aktuellen Studie von Palenga (in Vorbereitung) gezeigt wurde, können in dieser Anforderungssituation ein dysfunktionales Empathieverständnis und eine unreflektierte Empathie zu Belastungsfolgen wie Arbeitsunzufriedenheit, Depressivität, Burnout und zu psychosomatischen Symptomen führen (vgl. ausführlich in Kapitel 3.1).

Als Hintergrund dieser Zusammenhänge wird in der vorliegenden Arbeit das Konzept des empathischen Kurzschlusses (EKS) vorgestellt. Der EKS ist eine kommunikative Notreaktion in einer emotional überfordernden Situation und führt zum scheinbar wohlwollenden aber faktisch ungünstigen Abbruch der Interaktion (Altmann & Roth, 2013; vgl. ausführlich in Kapitel 2.2). Die subtile Unzufriedenheit, die dabei zurückbleibt, kann zu einer diffusen Unzufriedenheit mit dem eigenen empathischen Handeln kumulieren und destabilisiert damit langfristig die Sicherheit im zwischenmenschlichen Umgang, mit den oben genannten Belastungssymptomen als Folge (Altmann & Roth, im Druck). In der Ausbildung der sozialen Berufe, hier am Beispiel der Krankenpflege, fehlt dieser Aspekt allerdings zumeist völlig, sodass in den Ausbildungskurrikula immer wieder ein Mangel an Konzepten konstatiert werden muss, die den Umgang mit Emotionen und Empathie fokussieren (Henderson, 2001; Stamouli, Brenninger, Bossle & Gruber, 2010). In dieser Arbeit wird entsprechend die konzeptionelle Entwicklung und empirische Evaluation eines Trainings für Auszubildende in der Krankenpflege vorgestellt, in dem durch Reflexion des Empathieverständnisses und des eigenen empathischen Handelns der EKS vermieden und in der Folge Burnout und assoziierte Belastungssymptome verringert bzw. verhindert werden können. Als Methode zur Umsetzung wird das Kommunikationskonzept der Gewaltfreien Kommunikation (GFK; Rosenberg, 1999, 2012) eingesetzt. Die GFK ist ein Modell, das klar zwischen den eigenen und den emotionalen Anteilen anderer differenziert, dadurch Klarheit in der Verantwortung für die beteiligten Emotionen und Bedürfnisse schafft und eine leicht zugängliche und gleichzeitig tiefe Ebene der empathischen Interaktion bietet.

Kapitel 1 – Einleitung und Überblick

Im folgenden Kapitel 2 werden die Theorie der Empathie, das Konzept des empathischen Kurzschlusses und das Modell der Gewaltfreien Kommunikation erörtert sowie die Trainierbarkeit von Empathie beschrieben. Im Kapitel 3 werden das Konzept und die Hypothesen der empirischen Studie aus den theoretischen Konzepten abgeleitet. Die Entwicklung und finale Version des Trainingskonzepts, das Gegenstand der Studie ist, werden in Kapitel 4 vorgestellt. Die methodischen Aspekte werden in Kapitel 5 erläutert und die Ergebnisse der Evaluation in Kapitel 6 präsentiert. Im abschließenden Kapitel 7 werden die Befunde mit Bezug auf den theoretischen Rahmen diskutiert und ein Ausblick auf weitere Forschungsansätze gegeben.

2 Theoretischer Rahmen

Empathie wird, wie einleitend beschrieben, in den sozialen Berufen nahezu als definitorischer Bestandteil der Tätigkeit betrachtet. Daher überrascht die Vielzahl der Trainings in diesem Bereich (vgl. Kapitel 2.4) sicherlich wenig. Diese Trainings zielen grundsätzlich auf eine Steigerung der Empathie bei den TeilnehmerInnen (Brunero, Lamont & Coates, 2010; Butters, 2010), jedoch bringt diese Idee „mehr ist besser“ verschiedene Schwierigkeiten mit sich. Zum Ersten wird implizit ausgedrückt, dass das bereits vorhandene Maß an Empathie nicht ausreicht, ohne dass eine Diagnostik dies indiziert hat. Zum zweiten wird die Haltung bei den TeilnehmerInnen verankert, dass ein stärkeres Mitfühlen immer besser sei als jede andere Alternative. Das emotionale Einlassen auf andere Menschen, besonders im sozialen Berufsfeld, ist aber auch mit hohen Risiken für die eigene emotionale Stabilität verbunden (Maslach & Jackson, 1986; Kapitel 2.2). Zum Dritten verändern Trainings nicht das Persönlichkeitsmerkmal Empathie, sondern im besten Fall die Expressivität des Merkmals, zumeist aber nur Verhaltensweisen, die als empathisch gelten, auch wenn dies nur selten klar definiert wird (Kapitel 2.1.1.2). Daraus kann eine riskante Tendenz zu fassadenhaftem Verhalten entstehen, die den äußeren Eindruck des Mitfühlens vermittelt, aber in emotionaler Diskrepanz zum inneren Erleben steht (Bryson, 2009). Diese Spannung muss auf Dauer zu erhöhtem Belastungserleben und kann zu Symptomen des Burnout und psychosomatischen Beschwerden führen (Maslach & Jackson, 1986; Nosek, 2012; Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Mit Blick auf diese Schwierigkeiten werden folgende Schwerpunkte aufgegriffen und theoretisch diskutiert: In Kapitel 2.1 wird das Konzept Empathie aus Sicht der Psychologie in seinen Facetten und unterschiedlichen Definitionen dargestellt. Um der definitorischen Vielfalt (Kapitel 2.1.1) zu begegnen, wird mit dem Empathie-Prozessmodell (EPM) eine Möglichkeit der integrativen und anwendungsorientierten Konzeptualisierung vorgeschlagen (Kapitel 2.1.2). In Kapitel 2.2 werden darauf-

hin Probleme und Belastungen durch eine unreflektierte Empathie am Prinzip des empathischen Kurzschlusses (EKS) beschrieben. Zum reflektierten Einsatz von Empathie wird in Kapitel 2.3 die Gewaltfreie Kommunikation (GFK) als empathisches Kommunikations- und Interaktionsmodell vorgestellt. Bisherige Studien zu Trainings in den Bereichen Empathie und Gewaltfreier Kommunikation werden in den Kapiteln 2.4 und 2.5 diskutiert.

2.1 Empathie

Seit Beginn der Erforschung der Empathie, als Lipps (1897) das Konzept erstmals zugänglich formulierte, sind viele und sehr unterschiedliche Definitionen von Empathie vertreten worden. Um zu einer Arbeitsdefinition für die vorliegende Studie zu kommen, werden im Folgenden die einflussreichsten Definitionen (Kapitel 2.1.1) und die moderne Entwicklung zu integrativen Modellen dargestellt¹. Die Auseinandersetzung wird zeigen, dass prozessorientierte Modelle von Empathie zu bevorzugen sind. Das Empathie-Prozessmodell (EPM; Kapitel 2.1.2) wird dabei als eine mögliche Synthese und Zusammenfassung der unterschiedlichen Aspekte vorgeschlagen.

2.1.1 Definitionen und Modelle

Empathie ist als Konzept in der Wissenschaft seit über hundert Jahren präsent (Lipps, 1897) und durch die häufig nachgewiesene Beziehung zu prosozialem Verhalten (z.B. Burks & Kobus, 2012; Eisenberg, 2000; Garaigordobil, 2009; Paciello, Fida, Cerniglia, Tramontano & Cole, 2013; Strayer & Roberts, 2004; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner & Chapman, 1992) stets positiv konnotiert. Allerdings bestehen seit Beginn der Forschung stark unterschiedliche Meinungen, was unter dem Konzept zu verstehen sei (Long, 1990). Auf diese Schwierigkeiten hat Reik bereits 1948 hingewiesen: „the word empathy sometimes means one thing, sometimes means another, until now it does not mean anything“ (S. 357). Auch Batson, Fultz

¹ Die folgenden Darstellungen stützen sich auf Altmann und Roth (2013).

und Schoenrade (1987) formulieren diesen Gedanken: „Psychologists are noted for using terms loosely, but in our use of empathy we have outdone ourselves“ (S.19). Diese Verwirrung spiegelt sich bis heute in Studien wider, da einerseits Diskrepanzen weiter bestehen und unterschiedliche Definitionen je nach Forschungskontext verwendet werden, ohne dass begrifflich differenziert wird (Steins, 2005). Andererseits greifen viele Studien einfach auf eine sehr allgemeine, unverbindliche Definition (z.B. zusammengefasst bei Richter, 2009) zurück oder verzichten auf die konkrete Spezifikation des Konzeptes (Pedersen, 2009). Empathie wird beispielsweise als Persönlichkeitsmerkmal (trait), Zustand (state), Fähigkeit, Fertigkeit, Charakteristikum einer Interaktion oder Verhaltensmuster beschrieben (Kunyk & Olson, 2001).

Als Ankerpunkt für die weitere Auseinandersetzung sei beispielhaft die Definition von Bischof-Köhler (2009) ausgewählt, die da lautet: „Mit Empathie ist jener Prozess gemeint, bei dem ein Beobachter an dem Gefühl oder der Intention einer anderen Person teilhat und dadurch versteht, was diese andere Person fühlt oder beabsichtigt“ (S. 53). Dabei sei „Empathie primär ein emotionaler Vorgang, bei dem die Intention bzw. Emotion des anderen durch Einfühlung mit vollzogen wird“ (S. 52), während die kognitiven Aspekte eher mit der theory of mind zu beschreiben seien (ebd.).

2.1.1.1 Duales Persönlichkeitsmerkmal

Tatsächlich stand am Beginn der Geschichte der wissenschaftlichen Betrachtung der Empathie mit der Übersetzung von Lipps Konzept der „Einfühlung“ (1897) von Titchener (1909) in „empathy“ zunächst ein rein emotionales Konzept. Das Erleben einer anderen Person war demnach nur durch innere, kinästhetische Imitation erschließbar. Mit dieser ersten theoretischen Diskussion schuf er die Grundlage für die weitere wissenschaftliche Betrachtung und Untersuchung von Empathie (Eisenberg & Strayer, 1987; Wispé, 1986). Später aber ging Titchener (1915) dazu über, Empathie als eine kognitive Vorstellung zu sehen und eröffnete damit die Differenzierung in kognitive und affektive Aspekte der Empathie. Diese beiden Aspekte wurden also bereits sehr früh als zwei Dimensionen desselben Phänomens verstanden, wie sich beispielsweise in der Definition von Kohut (1984) widerspiegelt: Empathie ist „to think and feel oneself into the inner life of another person“ (S. 82).

Die kognitive Komponente der Dualität der Empathie fasst das intellektuelle Verstehen und Nachvollziehen-Können der Situation einer anderen Person zusammen. Wenn beispielsweise ein Freund seinen Job verliert, ermöglicht die kognitive Empathie durch Perspektivübernahme (Steins & Wicklund, 1993) und die theory of mind (Carruthers & Smith, 1996) die Vermutung, dass er enttäuscht ist und Sorge hat, keine neue Anstellung zu finden. Die kognitive Sicht erlaubt also auch, Emotionen einer anderen Person zu erkennen, die jedoch nur rational-logisch erschlossen und nicht z.B. durch Einfühlung affektiv-emotional erlebt werden.

Mit der emotionalen oder affektiven Komponente von Empathie ist gemeint, dass die Emotionen eines anderen Menschen tatsächlich zumindest ähnlich mitgeföhlt werden. Dadurch erscheint der emotionale Zustand des mitführenden Menschen mehr zur Situation des Gegenübers zu passen, als zu seiner eigenen Situation (Hoffman, 2000). Die Trauer einer anderen Person kann so auch im Beobachter Trauer auslösen, auch wenn dieser für sich allein keinen Grund zur Trauer hätte. Hier kann vermutet werden, dass die beiden Prozesse der Geföhlsansteckung und der Selbst-Andere-Differenzierung aktiv sind. Durch die Geföhlsansteckung (emotional contagion; Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1994) werden Emotionen von einer Person automatisch (ohne intentionale Steuerung) auf eine andere übertragen. Eine bewusste Perspektivübernahme oder kognitives Verständnis der Emotion der anderen Person ist nicht notwendig (Manera, Grandi & Colle, 2013). Dabei passen sich Körperhaltung, Mimik, Stimmlage und Bewegungsgeschwindigkeit an die andere Person an, wodurch letztlich eine emotionale Spiegelung erfolgt (Rempala, 2013). Das Prinzip der Spiegelneurone wird hier als vermittelnd angesehen (Iacoboni & Mazziotta, 2007; Rizzolatti & Craighero, 2004). Die Selbst-Andere-Differenzierung (Lamm, Batson & Decety, 2007) wiederum erscheint notwendig, um nicht von den Emotionen verwirrt zu sein, die nicht zur eigenen Situation passen, sondern den Ursprung der (empathisch übertragenen) Emotion klar präsent zu haben (Corcoran, 1989). Ist diese Ursprungszuordnung nicht aktiv oder nicht eindeutig, kann abwehrendes, egoistisches Verhalten entstehen (Batson, Early & Salvarani, 1997) oder sich beispielsweise Aggression von einer Person auf eine andere übertragen und so zu gegenseitiger Eskalation führen (Preston & de Waal, 2002). Um Empathie von reiner Geföhlsansteckung zu trennen, ist also die Selbst-Andere-Differenzierung wesentlich (Decety & Jackson, 2004), auch wenn sie grundsätzlich als gegeben angesehen werden kann, wie Batson und Shaw (1991) argumentieren.

Mit der Idee der Einföhlung, wie in der Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) anfangs beschrieben, ist also der komplexe und nur schwer nachvollziehbare Pro-

zess zu verstehen, in dem durch automatische, nicht bewusste emotionale Übertragung von Emotionen und die kognitive Perspektivübernahme das Erleben einer anderen Person verständlich und emotional spürbar wird, dabei gleichzeitig aber die Quelle der Emotion eindeutig in der anderen Person lokalisiert wird. Es ließe sich allerdings sowohl eine Empathie im engeren Sinne formulieren, die allein das emotionale Mitschwingen beschreibt und den Kernprozess des Konstrukts ausmacht, als auch eine Empathie im weiteren Sinne, die kognitive Perspektivübernahme zum Verständnis der Emotion der anderen Person und die Selbst-Andere-Differenzierung als notwendig erachtet, um Empathie von reiner Gefühlsansteckung zu differenzieren.

Die schlichte Zusammenfassung von Empathie als Dualität aus kognitiven und affektiven Elementen wurde durch die wachsende Orientierung der Persönlichkeitspsychologie auf ihre Messmethoden weiter verstärkt. Die prominenteren Namen in der Empathieforschung sind entsprechend auch häufiger durch die Entwicklung von Empathie-Skalen bekannt geworden (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004a; Davis, 1980, 1983; Hogan, 1975; Levenson & Ruef, 1992; Mehrabian & Epstein, 1972), als durch theoretische, begriffliche Arbeit am Konzept (wie beispielsweise bei Batson et al., 1997). Der von Davis (1980) geschaffene Interpersonal Reactivity Index (IRI) wurde schnell zum meist genutzten Instrument zur Empathiemessung (Jolliffe & Farrington, 2004). Durch seine guten Reliabilitätswerte und leichte Einsetzbarkeit wurde das Inventar so häufig eingesetzt, dass es die Definition des Konstruktes bestimmte. Damit geht einher, dass die Subskalen als inhaltliche Definition von Empathie angesehen werden. So müsste Empathie verstanden werden als kognitives und affektives Phänomen, das sich zusammensetzt aus Fantasy und Perspective Taking – den kognitiven IRI-Subskalen – sowie Empathic Concern und Personal Distress – den affektiven IRI-Subskalen. Auch durch die Verstärkung durch den Fokus auf die Messinstrumente wie diesem scheint generell ein Konsens zu bestehen, dass Empathie gesehen werden sollte als “the ability to understand and share in another’s emotional state or context” (Cohen & Strayer, 1996, S. 988; vgl. Richter & Kunzmann, 2010).

Diese Übereinkunft erscheint überraschend angesichts der verschiedenen Forschungskontexte, in denen wir den Begriff Empathie verwenden, angesichts der verschiedenen Studiendesigns in Grundlagen- und Anwendungsforschung, angesichts der möglichen Differenzierung wie oben bereits angerissen. Doch auch aus neuropsychologischer Perspektive lässt sich die Dualität von Empathie zeigen. Rameson und Liebermann (2009) beschrieben es als „dual-process model“, beste-

hend aus „both automatic affective experience and controlled cognitive processing, which are distinct but interrelated processes“ (S. 95). Die Autoren wiesen auf die Bedeutsamkeit hin, diese nicht bewussten, automatischen und bewussten, kontrollierten Prozesse von Empathie weiter zu untersuchen und zu untermauern. Diese Meinung ist in den letzten Jahren immer stärker vertreten worden (z.B. Jolliffe & Farrington, 2004; Spreng, McKinnon, Mar & Levine, 2009). Allgemein wird ein automatischer, emotionaler Prozess von einem kontrollierten kognitiven Prozess unterschieden. Dieser zweite, kognitive Bereich umfasst das, was wir als empathische Fähigkeiten wie intentionale, gesteuerte Perspektivübernahme beschreiben können (Gerdes et al., 2010). Renommierten Studien zu Spiegelneuronen (z.B. Gallese, Craighero, Fadiga & Fogassi, 1999; Iacoboni & Mazziotta, 2007; Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996) konnten an Affen bereits zeigen, dass dieselben neuronalen Areale für die Repräsentation der eigenen Körperbewegungen wie für wahrgenommenen Bewegungen von anderen aktiviert werden. Dieses Prinzip konnte auch von Decety und Jackson (2006) für die Empathie gezeigt werden: Allem Anschein nach nutzen wir dieselben Areale für unsere eigene Emotionsverarbeitung wie für das empathische Verstehen anderer (Bernhardt & Singer, 2012).

Da diese Ergebnisse zurzeit starke Überzeugungskraft besitzen, scheint kein Anlass zu bestehen, die Definition von Empathie zu hinterfragen. Allerdings muss es für die Interaktion zwischen Wissenschaft und Anwendung von Relevanz sein, ob Empathie als Fähigkeit verstanden wird, wie in der als generelles Fazit dargestellten Version von Cohen und Strayer (1996), oder als Prozess, wie in der Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009). Die Gefahr dieses dualen Ansatzes ist offensichtlich, dass er durch die Orientierung auf reliable Messergebnisse zur Manifestierung der Vereinfachung beiträgt. Diese Idee, Lösungen für theoretische Probleme in der Operationalisierung von Variablen zu finden, kann als verbreitetes und vielleicht eines der Grundprobleme der psychologischen Forschung dieser Tage gesehen werden. Man ist an das Konzept der Intelligenz erinnert, das ironisch aber doch treffend sehr früh schon von Boring (1923) definiert wurde als das, was Intelligenztests messen. Auch wenn die empirischen Daten in der Empathieforschung sehr konsistent sind (Preston & de Waal, 2002), ist das logisch kein Argument, die theoretische Arbeit zu vernachlässigen und Empathie schlicht als duales Konzept mit emotionaler und kognitiver Komponente zusammenzufassen (z.B. Konrath et al., 2011; Richter, 2009; Wei, Liao, Ku & Shaffer, 2011), nur weil es gegenwärtig häufig so gemessen wird. Schließlich kann diese breite Umschreibung für fast jedes psychologische Konstrukt gelten (wie z.B. das Selbstkonzept bzw. der Selbstwert; Rosenberg, 1965, 1979; Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008) und ist damit nicht mehr trennscharf.

2.1.1.2 Fähigkeit und Fertigkeit

Die Idee, Empathie als Fähigkeit zu konzeptualisieren, die kommunikative, unterstützende Funktionen trägt (z.B. Corcoran, 1982), kann auf die Arbeiten von Carkhuff (1969) und Rogers (1957) zurückgeführt werden. In der hierfür stellvertretend ausgewählten Definition von Thwaites und Bennett-Levy (2007) ist Empathie die Fähigkeit, die Emotionen eines anderen Menschen wahrzunehmen und dessen Gedanken und Vorstellungen zu verstehen. Der Fokus liegt hier im Wesentlichen auf dem Potenzial, mehr oder weniger dazu in der Lage zu sein. Damit rückt Empathie näher an Leistungsindikatoren wie Intelligenz und weiter ab von charakterisierenden Merkmalen wie Introversion/Extraversion. Bereits Kleinkinder können in ihren Temperamentsmerkmalen (sensu Asendorpf & Neyer, 2012) beschrieben werden, wobei die Schwankungen im Entwicklungsverlauf in beide Pole der Dimensionen anerkannt werden können. Ein extravertiertes Kind kann zu einem eher introvertierten Jugendlichen werden, was die Eltern vielleicht überrascht, aber ein völlig normaler Entwicklungsweg sein kann. Wird Empathie eher wie Intelligenz als noch zu entwickelnde Fähigkeit verstanden, sollte die Ausprägung eigentlich nur ansteigen (zumindest bis zur Stabilisierung im Erwachsenenalter). Eine Schwankung von einem höheren zu einem niedrigeren Wert wäre also bei Empathie wie Intelligenz durchaus Grund zur Sorge. In der oben beschriebenen Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) wird explizit kein Fähigkeitsaspekt angesprochen. Er kann jedoch durchaus als wesentlich betrachtet werden, da das oben beschriebene Einfühlen durchaus als Fähigkeit verstanden werden kann, die über die empathische Genauigkeit (empathic accuracy; Ickes, 1993) gemessen und damit in der Güte bewertet werden kann. Empathische Genauigkeit beschreibt dabei, wie treffsicher ein Beobachter die Gefühlslage einer beobachteten Person einzuschätzen vermag. Kriterium ist hierbei der Selbstbericht der beobachteten Person.

Der Aspekt der empathischen Fähigkeit steht im Einklang mit der klassischen Vorstellung von Kohut (1959), der Empathie als stellvertretende Introspektion beschrieb. Dies kann als konsequente Fortsetzung des Fähigkeitsaspekts in eine Fertigkeit verstanden werden, denn um diese Fertigkeit der stellvertretenden Introspektion leisten zu können, bedarf es der grundsätzlichen Fähigkeit, die in der Kindheit entwickelt wurde. Diese Fertigkeit (die sich durch ihre Erlernbarkeit von der Fähigkeit unterscheidet) kann nun kontrolliert im Kontakt mit anderen um- bzw. eingesetzt werden. Sie kann gelehrt und gelernt werden, wie Studien aus verschiedenen

Anwendungsbereichen gezeigt haben (z.B. Foubert & Newberry, 2006; Long et al., 2008; Mulloy et al., 1999; Sherman & Cramer, 2005).

Bisher wurde Empathie als Persönlichkeitsmerkmal, also als eine nicht bewusste, mindestens mittelfristig stabile Verhaltensdisposition angesehen, in der sich Menschen unterscheiden, aber bei der jeder Wert auf der Dimension zunächst als normal im Sinne von nicht pathologisch gilt (Asendorpf & Neyer, 2012). Sicherlich wäre ein Training von Empathie in diesem Sinne wenig sinnvoll. Trainings der Fertigkeit Empathie können daher nicht auf das Merkmal als solches, wohl aber auf dessen Expressivität gerichtet sein. So kann durch Trainings die Ausschöpfung des empathischen Potenzials angestrebt werden. Deren kurzfristige Veränderbarkeit kann die Effekte der Trainings trotz genereller Stabilität des Merkmals verständlich machen bzw. einordnen. Wieder im Vergleich zur Intelligenz kann durch ein Intelligenztraining nicht erwartet werden, dass die Informationsverarbeitungsleistung per se ansteigt, wohl aber die Ausreizung der vorhandenen Kapazitäten erreicht wird, also die Expressivität des latenten Merkmals verändert wird. Empathie kann also nach wie vor als affektives und kognitives Phänomen und Persönlichkeitsmerkmal angesehen werden. Die Betonung des Aspekts Fähigkeit ergänzt diese Sicht qualitativ, während der Aspekt Fertigkeit nicht die Empathie als solche beschreibt, sondern nur die Expressivität des Merkmals. Als Fertigkeit, auf der Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals aufbauend, kann das individuelle Level der Expressivität der Empathie auch im Erwachsenenalter noch weiter verändert und durch Trainings beeinflusst werden, wie zahlreiche Studien aus der Anwendungsforschung zeigen konnten (z.B. Foubert & Newberry, 2006; Gerdes & Segal, 2011; Long et al., 2008; Mulloy et al., 1999; Sherman & Cramer, 2005).

2.1.1.3 Interaktionsmuster

Die Perspektive auf Empathie als Fertigkeit rückt einen wichtigen Aspekt des Gesamtkonstrukts stärker in den Fokus: die faktische Interaktion zwischen Menschen, in der sich Empathie entfaltet. Empathie als kognitives und affektives Phänomen, als Fähigkeit und trainierbare Fertigkeit wird schließlich in der Interaktion erst manifest. Empathie ist damit auch aus dyadischer Sicht beschreibbar, als Ereignis, das erst durch das Zusammentreffen zweier Personen überhaupt existiert. Empathische Genauigkeit (Ickes, 1993) enthält bereits diese Idee: Empathie ist, wenn eine Person die Emotionen einer anderen Person zumindest versteht bzw. mitfühlt. Diese inter-

aktive Sicht kann wiederum auf Reik (1948) und Rogers (1975) zurückgeführt werden. Rogers (1975) beschrieb Empathie als eine notwendige Bedingung für den therapeutischen Erfolg und beschrieb sie als Charakteristikum der Interaktion, die sich zwischen Therapeut und Klient entwickelt. Der Therapeut muss den Klienten im gemeinsamen Prozess wahrnehmen, verstehen und dieses Verständnis wiederum dem Klienten kommunizieren (vgl. auch Rogers, 1967a). Diese Rückmeldung als essentielles Element der empathischen Interaktion ist verständlicherweise häufiger in der Literatur der Anwendungsforschung zu finden. Empathie kann so z.B. nach Kunyk und Olson (2001) beschrieben werden als dreischrittiger Kommunikationsprozess, in dem 1. der Akteur den emotionalen Zustand der Zielperson wahrnehmen und mit diesem mitschwingt, 2. der Akteur dieses der Zielperson gegenüber ausdrückt und 3. die Zielperson diese ausgedrückte Empathie wahrnimmt und als stimmig erlebt.

Diese Idee ist ähnlich zum Ansatz von Barrett-Lennard (1981), der einen Empathie-Kreis beschreibt, in dem beide Beteiligte gegenseitig und im Wechsel jeweils Sender und Empfänger von Empathie und deren Kommunikation sind. Das ist natürlich auffallend nah am Sender-Empfänger-Modell (Shannon, 1948) orientiert und weicht daher nicht wesentlich von der allgemeinen Beschreibung von Kommunikation als solcher ab. Der Vorteil dieser Sichtweise ist jedoch die Betonung der sozialen Bedeutsamkeit. Ohne Beachtung des interaktionalen Anteils von Empathie ist sie nicht mehr anwendbar, nicht mehr nutzbar, wenn sie nicht dem Rezipienten gegenüber ausgedrückt wird. Daher ist der interaktive Aspekt besonders in der Empathie als essentiell zu verstehen. Das findet sich auch im Empathieverständnis von Winefield und Chur-Hansen (2000), die Empathie beschreiben als „verbal response which reflects both the emotional content of the other's speech and the cause of the feeling, as expressed by that other“ (S. 90). Sie verstehen Empathie also als eine Kompetenz / Fertigkeit, die in der konkreten Handlungsabfolge erlernt werden kann bzw. muss und verknüpfen sinnvoll Interaktionsmuster mit Fertigkeit. Fraglich ist hierbei natürlich, inwieweit diese Sichtweise als definitorisch zu sehen ist oder vielmehr die Auswirkungen oder Anzeichen von Empathie auf der Verhaltensebene aufzeigen. Schlüssig wäre sicherlich zu sagen, dass der interaktive Aspekt wesentlich insofern ist, als dass Empathie nicht ohne ihn realisierbar ist (anders als z.B. bei der Intelligenz). Er kann aber nicht zur engeren Definition zählen, da er wiederum nur die Expressivität statt das Wesensmerkmal an sich fokussiert. Es ist daher wohl eher der Versuch, eine positiv bewertete Qualität einer Interaktion zu beschreiben. Der oben beschriebenen Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) fehlt auch dieser interaktive Aspekt, so er nicht nur vage durch das Wort „Prozess“ angedeutet wird. Es wird

deutlich, dass Empathie sehr eng beschrieben wurde und durchaus um weitere Aspekte sinnvoll erweitert werden kann, wenn nicht sollte.

2.1.1.4 Zwischenfazit

Die Anker-Definition von Bischof-Köhler (2009) kann nun rückblickend als zu enge Sichtweise von Empathie verstanden werden. Der wesentliche Kern des Verstehens und Nachempfindens wird zwar getroffen, es ist aber anzumerken, dass die Betonung auf die emotionale Komponente nur auf eine sehr enge Konzeption von Empathie zutreffen kann. Durch die intensive Anwendungsforschung sind wesentliche weitere Aspekte erwähnenswert, die das Bild der Empathie vervollständigen: So ist Empathie ein kognitives und affektives Phänomen, das eine stabile Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer Verhaltenstendenz und generellen Fähigkeit beschreibt, die in eine erlern- und trainierbare Fertigkeit umsetzbar ist und erst in der konkreten Interaktion mit anderen Personen realisiert und damit existent wird.

Diese Aspekte scheinen einander durchaus sinnvoll zu einem Gesamtbild zu ergänzen, jedoch sind sie eher nebeneinander gesetzt, statt im Wesen miteinander verbunden. Es stellt sich also die Frage nach einem Modell der Empathie, das diese einzelnen Aspekte integriert.

2.1.1.5 Integrative Konzepte

Trotz der Arbeiten, die im vergangenen Jahrhundert intensiv betrieben wurden, schrieben Preston und de Waal (2002), dass es an klaren Konzepten des fundamentalen Mechanismus von Empathie fehle. Dieses Fehlen an integrativen Modellen, die die wesentlichen Prozesse klar herausarbeiten, ist typisch für die Entwicklung theoretischer Konstrukte (Grawe, 2000, 2002). Um ein Konstrukt zu fassen, werden anfangs verschiedene Modelle entwickelt, die sich häufig über ihre Unterschiede zueinander definieren. Je mehr empirische Daten gefunden werden, desto stärker müssen die ursprünglichen Modelle ausdifferenziert werden, um die Daten sinnvoll zu interpretieren. Grawe (2000) postuliert, dass nach dieser Phase der Differenzierung eine Phase des Eklektizismus folgt, in der die Theorien reflektiert und die bewährten Elemente in einem integrierten Modell miteinander in Einklang gebracht

werden. Diesem Gedanken folgend ist der wachsende Korpus an integrativen Modellen in der Empathie-Forschung nachvollziehbar (Altmann & Roth, 2013).

Ein gehaltvolles Modell aus der neuropsychologischen Forschung schlagen Decety und Moriguchi (2007) vor. Empathie ist demnach definiert über die Interaktion vierer physikalisch beobachtbarer neuronaler Netzwerke. Das erste Netzwerk affective sharing verarbeitet wahrgenommene emotionale Reize direkt und basiert auf dem benannten Prinzip der Spiegelneurone (Di Pellegrino, Fadiga, Fogassi, Gallese & Rizzolatti, 1992). Dieses Netzwerk erklärt also die emotionale Ansteckung (emotional contagion), beispielsweise die eigene Amüsiertheit, wenn jemand anderes lacht. Das zweite Netzwerk self-awareness dient der Differenzierung zwischen selbstbezogenen (selbst generierten) und fremdbezogenen (gespiegelten, „angesteckten“) Emotionen, schützt also vor dem emotionalen Selbstverlust durch die drohende emotionale Ansteckung durch andere. Diese Instanz wird kritisch diskutiert, da einerseits diese Unterteilung schwierig bis unmöglich erscheint (z.B. Neumann et al., 2009), aber andererseits die wichtige Funktion der Selbstregulierung erfüllt (z.B. Decety & Jackson, 2006). Das dritte Netzwerk mental flexibility and perspective taking ermöglicht es, sich in andere hineinzusetzen, eine Situation aus ihrer Perspektive zu sehen und ihre vermutlichen Emotionen in dieser Situation abzuleiten. Das vierte Netzwerk emotion regulation ist mit ähnlicher Funktion wie das zweite Netzwerk ausgestattet, da es durch die Emotionsregulation den Einfluss des emotionalen Spiegels bzw. der emotionalen Ansteckung reduziert. Die Person ist damit in der Lage, mitfühlend zu handeln, ohne von den Emotionen des anderen überwältigt zu werden.

Der Gewinn dieses Modells ist natürlich zunächst einmal die weitere sinnvolle Differenzierung des Konzepts Empathie über die altbekannte Dualität hinaus. Schwierigkeiten und Störungen im empathischen Prozess können klarer den einzelnen Instanzen zugeschrieben und damit besser verstanden werden. Aus Sicht der Integrationsleistung vereint das Modell Aspekte der Kompetenz (differenzieren, regulieren, sich hineinversetzen in den anderen) mit den klassischen kognitiven und affektiven Aspekten. Der Fokus liegt hier wieder stärker auf dem praktischen Zweck von Empathie, nämlich der Interaktion, die mitfühlendes Handeln für das emotional belastete Gegenüber ermöglicht. Der Nachteil des Modells ist, dass nach wie vor isolierte Instanzen postuliert werden, also keine integrative Idee vorgestellt wurde, wie sich Empathie in der Interaktion konkret manifestiert. Ebenso fehlen Konkretisierungen zu den Wechselwirkungen der Instanzen.

Auf Basis der Action-Perception-Hypothese (z.B. Prinz, 1997) beschrieben Preston und de Waal (2002) ein sehr weites Verständnis von Empathie. In Zusammenfassung und Integration der Arbeiten zu neuronalen Prozessen des empathischen Verhaltens bei Primaten schlugen sie ein Perception-Action-Modell für Empathie vor. Demnach führt die Wahrnehmung eines emotionalen Zustands bei einem anderen automatisch zur Aktivierung eines äquivalenten Zustands im Beobachter. Der Beobachter erlebt ähnliche Emotionen (emotionale Ansteckung) und ist daher ange-regt, entsprechend dieser Emotionen zu handeln (automatische Handlungstendenz). Der Mensch ist jedoch von dieser Ansteckung und den Automatismen so weit befreit, wie er zwischen den gespiegelten bzw. übernommenen und den genuin eigenen Emotionen unterscheiden und demzufolge regulieren kann.

Dieses Perception-Action-Modell kann als eine Art Prozess-Modell aufgefasst werden: WENN Element 1 gegeben (Beobachtung einer Emotion bei einem anderen), DANN folgt Element 2 (ähnliche Emotion wird im Beobachter ausgelöst), DANN folgt Element 3 (beobachtbares, mitfühlendes Verhalten). Dieser Gedanke unterscheidet sich fundamental von der bisherigen Konzeption von Empathie als Persönlichkeitsmerkmal mit kognitiven und affektiven Anteilen, die bislang als suffizient angesehen wurde. Der Prozesscharakter und der Aspekt der Interaktion sind aber für das Konstrukt Empathie wesentlicher als beispielsweise für Intelligenz, da Empathie immer ein zweites Lebewesen voraussetzt, um überhaupt existent zu sein.

Ähnlich prozesshaft konzipierten Nichols, Stich, Leslie und Klein (1996) ein Empathie-Modell, das auf der eigenen Erinnerung als Initiator basiert. Ist man mit einer emotionalen Situation eines anderen konfrontiert, werden im Beobachter eigene ähnliche Erfahrungen aktiviert. Diese Erfahrungen ermöglichen, ähnliche Emotionen wie der Betroffene zu erfahren und ergo empathisch mitzufühlen. Ähnlich wie im vorher genannten Ansatz ist auch hier ein Prozessgedanke ablesbar: Analyse der Situation, Vergleich mit Erinnerungen an eigene Erfahrungen, Aktivierung entsprechender Emotionen. Demnach würde der Grad der empathischen Korrektheit (empathic accuracy; Ickes, 1993) abhängig sein von der Qualität der Analyse und der Ähnlichkeit der eigenen Erfahrungen zur aktuellen Situation des anderen, was sich letztlich in den ausgelösten Emotionen offenbart. Die Konstruktion von prozessualen Modellen der Empathie kann also die Formulierung stärkerer bzw. informationsreicherer Hypothesen ermöglichen, deren Überprüfung wiederum tiefere Erkenntnisse über die Wirkmechanismen und Prinzipien von Empathie in der sozialen Interaktion schafft.

Dass der Prozessgedanke der Empathie bedeutsamer wird, spiegelt sich deutlich in der Beschreibung von Barker (2003), der sie definiert als „the act of perceiving, understanding, experiencing, and responding to the emotional state and ideas of another person“ (S. 141). Bedauernswerterweise umfasst die Definition von Barker auch nur genau diese Worte und keine Erläuterungen. Allport (1968) schrieb bereits vor 45 Jahren: „the process of empathy remains a riddle in social psychology (. . .) The nature of the mechanism is not yet understood“ (S. 30). Damit machte er einerseits auf die Problematik der Definition deutlich und schlägt andererseits bereits den Prozessgedanken vor. Diesem wachsenden Fundus an Ideen und Ansätzen in Richtung einer prozessualen Auffassung von Empathie folgend, wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Prozessmodell in starker Anlehnung an die in diesem Kapitel genannten Vorarbeiten formuliert. Der Fokus des Modells liegt dabei besonders in der Verarbeitung von konsekutiven Komponenten und dem Ziel der Anwendbarkeit in der konkreten empathischen Episode in einer zwischenmenschlichen Interaktion (Altmann & Roth, 2013).

2.1.2 Das Empathie-Prozessmodell

Die Idee, unterschiedliche Komponenten eines Konstrukts in ein einheitliches Prozessmodell zu integrieren, kann beispielhaft am bekannten transaktionalen Stressmodells von Lazarus (1993) nachvollzogen werden. Der besondere Gewinn ist, die zumeist isoliert oder nur in dualer Interaktion betrachteten Komponenten von Stress (z.B. Stressor, Kognition, Emotion, Physiologie, Coping, Situationsvariablen, Persönlichkeit) nicht einfach um eine weitere Variable zu ergänzen, sondern ein zusammenhängendes Sequenzmodell zu formulieren, dass die Komponenten in eine Kette von Ereignissen integriert und miteinander in direkten Bezug setzt.

Im Folgenden wird das Empathie-Prozessmodell (EPM; Altmann & Roth, 2013) vorgestellt, das an die bisher genannten Ergebnisse und Modellvorschläge angelehnt ist und gleichzeitig deren pragmatische Konkretisierung darstellt, um sie für die Anwendungsforschung nutzbar zu machen. Das Ziel des Modells ist, die fundamentalen Elemente von Empathie zu integrieren und in einer Abfolge darzustellen, die die Voraussetzungen, Abläufe, Übergänge, Varianten und Ergebnisse empathischen Verhaltens in der konkreten zwischenmenschlichen Interaktion umfasst. Grundlage für diese Darstellung ist daher immer die empathische Episode, die in Anlehnung an das Sender-Empfänger-Modell (Schulz von Thun, 2010; ursprünglich Shannon, 1948)

aus der Begegnung zweier Personen besteht, wobei einer von beiden eine für den anderen wahrnehmbare Emotion erlebt. In der zweiten Person läuft nun das hier konzipierte Prozessmodell der Empathie von der Wahrnehmung der Situation des anderen bis zur Antwort bzw. Reaktion, wie in Abbildung 1 visualisiert ist.

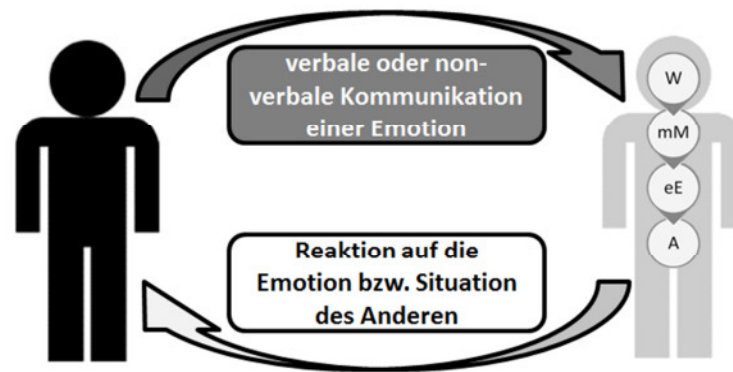


Abbildung 1. Eine Empathie-Episode aus Sendung, Empfang, Verarbeitung und Reaktion auf eine kommunizierte Emotion innerhalb einer mindestens dyadischen Interaktion (W Wahrnehmung, mM mentales Modell, eE empathische Emotion, A Antwort)

Das Gerüst des Prozessmodells ist an die Ausführung von Barker (2003) angelehnt und entspricht einer simulationsbasierten Konzeption von Empathie (Goldman & Sripada, 2005), bei der der emotionale Zustand der beobachteten Person im Beobachter simuliert und darüber nachempfunden wird. Barker (2003) beschreibt Empathie als „the act of perceiving, understanding, experiencing, and responding to the emotional state and ideas of another person“ (S. 141). Dieses Gerüst soll hier genutzt, darauf aufgebaut und die Auseinandersetzung mit den Konzepten und integrativen Modellen im letzten Kapitel umgesetzt werden. Demnach ist der Empathie-Prozess also beschreibbar als

1. die andere Person und ihre emotionale Situation wahrnehmen,
2. ein mentales Modell (bzw. eine mentale Repräsentation) der Situation, Gedanken und Gefühle der anderen Person aufbauen,
3. empathisches Fühlen ähnlicher Gefühle in ähnlicher Intensität wie die andere Person,
4. auf die Situation und das Erleben der anderen Person reagieren,

wie in Abbildung 2 dargestellt und auch bei Altmann (2013a) beschrieben. Demnach lässt sich zusammenfassend sagen, dass Empathie im weiteren Sinne und integrativ verstanden werden kann als Prozess, in dem

- die Wahrnehmungen emotionaler Informationen
- kognitiv zu einer mentalen Repräsentation der emotionalen Situation der anderen Person verarbeitet werden und damit die Emotion und Situation

- der anderen Person erkannt und verstanden wird (Fähigkeit),
- daraus zur Situation der anderen Person passende parallele Emotionen ausgelöst werden (Persönlichkeitsmerkmal), wodurch die Relevanz und Intensität der Situation der anderen Person nachvollziehbar wird, und in der Folge
 - eine Antwort mit Bezug auf oder in Verzerrung dieses Prozesses erfolgen kann (Fertigkeit), wobei die Art der Antwort die Interaktion charakterisiert (Interaktionsmuster).

Empathie im engeren Sinne kann verstanden werden als die nicht bewusste Tendenz (Persönlichkeitsmerkmal), aus der mentalen Repräsentation eigene empathische Emotionen zu generieren, die den Emotionen der beobachteten Person ähneln (in Abhängigkeit der Güte der mentalen Repräsentation).

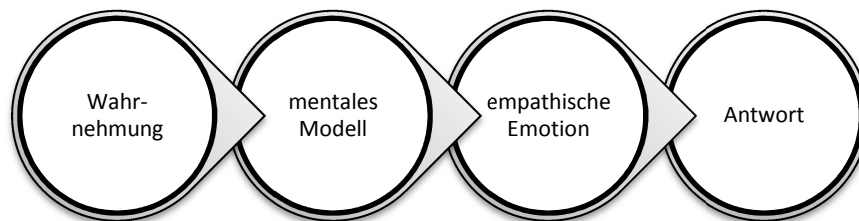


Abbildung 2. Überblick über die Phasen des Empathie-Prozessmodells in der allgemeinen Form, wie beschrieben bei Altmann und Roth (2013)

An einem Beispiel lässt sich dies leichter nachvollziehen. Nehmen wir an, Person A ist in dem Moment dabei, als sich Person B gerade mit einem Messer aus Versehen in den Finger schneidet. In der ersten Phase, der Wahrnehmung, nimmt Person A die blutende Wunde, die weit geöffneten Augen und etwas später vielleicht die Tränen von Person B wahr. A konstruiert nun in der zweiten Phase automatisch und nicht bewusst eine Repräsentation, also das mentale Modell der Situation, Gedanken und Gefühle von B. Das mentale Modell von A über B enthält also die versehentlich zugefügte Wunde, Schmerz, Angst, Überraschung und den drängenden Impuls, die Blutung zu stoppen. Aus dieser Repräsentation entsteht in der dritten Phase ebenso automatisch eine empathische Emotion. A spürt also ähnlich wie B die negative Valenz des Schmerzes (Singer et al., 2004), die Überraschung und die Angst. In der vierten und letzten Phase reagiert A nun auf die Situation von B, energetisiert von den eigenen (empathisch generierten) Gefühlen. A könnte beispielsweise einen Verbandskasten besorgen und B durch Umarmen beruhigen. Im folgenden Kapitel werden die Phasen im Detail beschrieben und erläutert.

2.1.2.1 Phase 1 – Wahrnehmung

Das erste Element des EPM, die Wahrnehmung, beschreibt schlicht das Wahrnehmen der Informationen, die zum Verstehen der Situation der anderen Person relevant sind. Zwei Arten können differenziert werden: emotionale Informationen (wie z.B. Weinen) und zusätzliche Situationsinformationen, die Indikator für wahrscheinliche Ursachen der Emotionen sein können (wie z.B. eine Schürfwunde oder eine verbale Beleidigung).

Der Verarbeitungsgrad der wahrgenommenen Informationen reicht von keiner Aufmerksamkeit und daher keiner Informationsaufnahme (z.B. durch Ablenkung durch dominante andere Reize, etwa durch den Fernseher), bis zu komplexer und mehrschichtiger Verarbeitung, bei der auch Nuancen verarbeitet werden können, etwa durch die Unterschiede in Häufigkeit und Intensität von Blickkontakt.

Jede Phase ist Voraussetzung für die jeweils folgende im Empathie-Prozess. Die Wahrnehmung als erster Schritt erscheint zwar banal, ist aber durch die Sequenzierung essenzielle Voraussetzung für die nachfolgenden Phasen. Eine tiefere Verarbeitung auf Wahrnehmungsebene kann also bereits starken Einfluss auf die Qualität der empathischen Reaktion am Ende des Prozesses haben.

2.1.2.2 Phase 2 – Mentales Modell

Die zweite Phase des EPM, das mentale Modell, fasst die mentale Rekonstruktion der Situation und des emotionalen Zustands der anderen Person. Es ist vergleichbar mit dem Konzept der theory of mind (z.B. Premack & Woodruff, 1978) und der Perspektivübernahme als Teil einiger klassischen Empathie-Konzepte (z.B. Steins & Wicklund, 1993). In dieser Phase werden die wahrgenommenen Informationen über die andere Person interpretiert, gewichtet und kombiniert. Erinnerungen an eigene Erlebnisse als Vergleichspunkt bzw. Erinnerung an weitere Informationen über die andere Person aus vergangenen Erlebnissen können einfließen. So hat beispielsweise eine blutende Schnittwunde, die man bei einem Jugendlichen wahrnimmt, eine andere Bedeutung, wenn man über die Information verfügt, dass dieser sich regelmäßig zum Abbau innerer Anspannungen selbst verletzt.

Das mentale Modell ist also eine integrierende Betrachtung aus erinnerten Hintergrundinformationen (z.B. über Wertesysteme, Glaubenssätze), wahrgenommenen aktuellen Emotionsinformationen (z.B. aktueller Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimmfarbe) und wahrgenommener aktueller Situation. Das Ergebnis ist ein konstruiertes Konzept, was die andere Person vermutlich gerade denkt, fühlt und tun wird. Die Komplexität des mentalen Modells hängt von der Tiefe der vorherigen Informationswahrnehmung ab und kann als empathic accuracy im Sinne einer Leistungsvariablen empirisch überprüft werden (Ickes, 1993; Zaki, Bolger & Ochsner, 2009).

Dabei besteht keine Notwendigkeit, dass das mentale Modell ein bewusst reflektierter Prozess ist. Es ist im Gegenteil zumeist davon auszugehen, dass dieser Prozess des Aufbaus einer mentalen Repräsentation des Gegenübers höchst automatisch und zumeist implizit stattfindet. Allerdings hat eben dieser Bereich die höchste Bewusstseinsfähigkeit, da über die Inhalte bzw. Wahrnehmungen, deren Interpretation, den Einfluss eigener Erinnerungen und zusätzliche Informationen reflektiert und kommuniziert werden kann. Auch kann hier starker Einfluss genommen werden auf den Empathie-Prozess, da die Aktivierung und Attribution von Informationen / Wahrnehmungen / Erinnerungen bewusst gesteuert werden kann. So kann die Wahrnehmung eines rennenden Kindes, das von einem älteren Kind verfolgt wird, im Beobachter ein mentales Modell hervorrufen, das die Konzepte der vermuteten Angst und Panik enthält. Wenn der Beobachter allerdings die Situation der Verfolgung im Sinne eines Fange-Spiels uminterpretiert, repräsentiert er in seinem mentalen Modell nunmehr die Freude und Aufregung des Kindes.

Die Korrektheit des mentalen Modells ist also ein kritischer Punkt im empathischen Prozess, der auch bewusst gesteuert und beeinflusst werden kann. Um das mentale Modell an der emotionalen Realität der anderen Person zu überprüfen, zu korrigieren und in einer emotionalen Tiefe zu konkretisieren, wird in dieser Studie vorgeschlagen, das Modell der Gewaltfreien Kommunikation (GFK; z.B. Bitschnau, 2008; Manning & Connor, 2006; Rosenberg, 2009; Rosenberg & Molho, 1998) zu nutzen (ausführliche Darstellung der GFK in Kapitel 2.3). In der GFK sind vier Schritte formuliert, wobei davon ausgegangen wird, dass Kommunikation nach diesen Schritten zu einer konfliktlösenden und gewaltfreien Interaktion führt. Die vier Schritte der GFK sind

1. Beobachtung – die aktuelle Situation und Handlungen ohne Bewertungen beschreiben,
2. Gefühl – in der Situation ausgelöste Gefühle benennen,
3. Bedürfnis – in der Situation erfüllte / unerfüllte Bedürfnisse benennen, die den Gefühlen zugrunde liegen,
4. Bitte – konkrete Verhaltensweisen formulieren, wie die Bedürfnisse erfüllt werden können.

Diese Schritte lassen sich nun als Ebenen des Verständnisses direkt in das EPM als Explizierung des mentalen Modells integrieren. Das mentale Modell kann demnach als ausreichend vollständig reflektiert angesehen werden, wenn eine Überprüfung auf diesen Ebenen vorgenommen wurde, also Person A von Person B versteht,

1. was aus Sicht von Person B vorgefallen ist und wie die aktuelle, konkrete Situation für B aussieht,
2. was Person B fühlt, wie sie also die aktuelle Situation emotional erlebt,
3. welche Bedürfnisse für Person B erfüllt bzw. nicht erfüllt sind und
4. welche Wünsche bzw. Bitten Person B hat (an sich selbst oder andere), wie die Bedürfnisse konkret erfüllt werden können.

Das Verständnis muss dabei nicht explizit sein und kann auch nonverbal hergestellt werden (Rosenberg, 2006). Entscheidend ist, dass eine Übereinstimmung zwischen dem mentalen Modell des Rezipienten und der erlebten Realität der anderen Person besteht.

2.1.2.3 Phase 3 – Empathische Emotion

Wie in den emotionsbasierten Empathie-Definitionen beschrieben, kann die empathische Emotion nur im Kontext der Situation der anderen Person verstanden werden (Hoffman, 2000). Diesen Zusammenhang beschreibt die dritte Phase des EPM, die empathische Emotion, als Übersetzung des mentalen Modells in gefühlte Emotionen (siehe auch Russell, 2003). Die mentale Repräsentation des Schmerzes eines anderen Menschen löst die Emotion des Schmerzes im Beobachter aus².

Da das mentale Modell der vorherigen Phase im Beobachter immer nur eine Vermutung ist und selbst nach Überprüfung und Korrektur immer nur eine Interpreta-

² Schmerz wird nach Erkenntnissen von Singer et al. (2004) empathisch auf affektiver Ebene geteilt, auch wenn die sensorischen Informationen für Schmerz nicht aktiviert werden.

tion der Informationen über die tatsächliche Situation der anderen Person darstellen kann, sind auch die im Beobachter empathisch generierten Emotionen stets nur ähnlich und nie identisch mit den Emotionen der anderen Person (Singer, 2006; Singer et al., 2006). Dieser Prozess der Auslösung empathischer Emotionen wird angenommen als quasi-simultan, automatisch und nicht bewusst ablaufend (Gordon, 1996), wie auch Ergebnisse der Forschung zu Spiegelneuronen vermuten lassen (Rizzolatti & Craighero, 2004; Thioux, Gazzola & Keysers, 2008). Diese dritte Phase umfasst die Spannweite von nur rudimentärer Aktivierung des generellen emotionalen Konzepts (z.B. kann eine dramatische Todesszene in einem Film beim Betrachter Trauer prinzipiell als emotionales Konzept aktivieren, aber dabei von einer anderen Emotion wie Langeweile überdeckt sein) bis zur vollständigen Umsetzung des mentalen Modells in bewusst erlebte Emotionen (z.B. löst diese dramatische Todesszene im Film im Betrachter starke Trauer aus, so als würde er selbst den Verlust erleiden). Persönlichkeitspsychologisch liegt nahe zu vermuten, dass die Komplexität und Reichhaltigkeit der aufgebauten mentalen Modelle und die Übertragung in erlebte Emotionen individuell typisch ist und zwischen Menschen variiert. Das würde der Konzeption des Trait-Aspektes von Empathie entsprechen.

Entwicklungspsychologisch zeigt sich, dass in den frühen postnatalen Entwicklungsphasen eines Kindes noch keine komplexen mentalen Prozesse zur Verfügung stehen und sich die Perspektivübernahme und Differenzierung zwischen eigenen internal states und denen anderer Personen erst im zweiten Lebensjahr ausprägen (z.B. Eisenberg, 2000). Die emotionale Resonanz, die Kinder davor zeigen, wird entsprechend als Nachahmen, reines Spiegeln und emotionale Ansteckung (emotional contagion; Hatfield & Rapson, 2000) interpretiert (Eisenberg & Strayer, 1987). Erlebnisse emotionaler Ansteckung können auch im Erwachsenenalter auftreten. In Sitcoms im TV werden beispielsweise vorher aufgenommene Lacher eingespielt, da sich dieses auf den Zuschauer überträgt und die Szene als komischer empfunden wird, selbst wenn dem Zuschauer der Einsatz dieses Effekts bewusst ist. Im Gegensatz dazu fallen Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung auf, da sie auf Emotionen anderer Personen nicht oder kaum reagieren. Ergebnisse beispielsweise von Baron-Cohen, Leslie und Frith (1985) legen nahe, dass diese Kinder ein Defizit in der Entwicklung der Perspektivübernahme bzw. der theory of mind bzw. des mentalen Modells über andere Personen haben.

2.1.2.4 Phase 4 – Antwort

Die letzte Phase des EPM, die Antwort, umfasst alle Arten von Reaktionen, sei es internal (z.B. Gedanken, Bewertungen) oder external (z.B. Gesichtsausdruck, verbale Kommunikation), solange sie sich auf die Situation der anderen Person beziehen. Unterstützung anzubieten ist also genauso eine Antwort wie der Ausdruck der empathischen Emotion, Umsorgen, Ignorieren, Nachfragen oder Ablenken. Es ist dabei nicht von Bedeutung, ob die Antwort als angemessenes oder unangemessenes, als günstiges oder Fehlverhalten bewertet wird. Um sie als empathische Antwort im Sinne des EPM zu verstehen, ist lediglich die Tatsache entscheidend, dass die Antwort einen wie auch immer gearteten Bezug zur Situation der anderen Person hat. Diese Sichtweise unterscheidet sich beispielsweise von der normativen Sicht, wie sie von Baron-Cohen und Wheelwright (2004) beschrieben wurde, aber sie wird aus folgenden zwei Gründen hier vertreten. Zum einen braucht jedes Verhalten, das als „nicht empathisch“ ausgeschlossen wird, eine moralische Begründung der Unangemessenheit, die aus wissenschaftlicher Sicht schwer zu erbringen ist. Zum zweiten kann schlicht jedes Verhalten in Bezug auf die andere Person interpretiert werden, sobald eine Wahrnehmung und daraus folgend ein Minimum an mentaler Repräsentation und empathischer Emotion vorausgesetzt werden kann. Dies ist eindeutig ein interaktionaler oder kommunikationsorientierter Ansatz wie er auch von Vreeke und van der Mark (2003) vorgeschlagen wurde. Aus kommunikationsorientierter Sicht lassen sich die Antworten nun auf eine Dimension mit zwei Polen aufspannen. Es kann unterschieden werden zwischen Antworten, die eher auf die andere Person orientiert sind, und Antworten, die eher auf das eigene Selbst orientiert sind (Batson et al., 1987).

Ist der Fokus der Antwort auf die andere Person gerichtet, bezieht sich das Denken und Verhalten auf die Sichtweisen, Bedürfnisse, Emotionen und Bitten dieser anderen Person. Es lässt sich weiter differenzieren zwischen gemeinsamer Reflexion und sofortiger Handlung (Altmann & Roth, 2013). Gemeinsame Reflexion ist eine interaktive Variante der „vicarious introspection“, wie sie von Kohut (1959) beschrieben wurde, und ist notwendig, wenn mehr Informationen über die Situation oder den emotionalen Zustand der anderen Person gebraucht werden, um sich angemessen zu verhalten.

Wenn sich ein Kind aus Versehen in den Finger geschnitten hat und der Vater die blutende Wunde sieht, kann er sich sofort angemessen verhalten, da ausreichend Informationen verfügbar sind. Hier gemeinsam die Sichtweisen, Bedürfnisse, Emotionen und Bitten zu reflektieren, wäre mindestens irritierend, wenn nicht absurd. Wenn er jedoch ein Kind ohne eine offensichtliche Wunde weinen

Kapitel 2 – Theoretischer Rahmen

sieht, wäre es für ihn angebracht, zuerst sein mentales Modell über die Situation zu reflektieren, bevor er auf die Wahrnehmung reagiert.

Um adäquat handeln zu können, ist also das Verständnis der Situation der anderen Person notwendig und durch gemeinsame Reflexion und damit einhergehende Korrektur des mentalen Modells herstellbar. Ziel der Validierung ist demnach, eine ausreichend gute Übereinstimmung zwischen der Situation der anderen Person und dem eigenen mentalen Modell (speziell bezüglich der Gefühle und Bedürfnisse) herzustellen bzw. abzusichern.

Es sei als Beispiel die Situation betrachtet, dass eine Frau gerade von der Arbeit nach Hause kommt und ihrem Mann mitteilt, dass es in ihrer Firma wie in einem „Irrenhaus“ zugehe. Wenn sein Antwortfokus nun auf der anderen Person liegt, könnte er zuerst nach ihrer konkreten Beobachtung fragen, etwa ob sie wieder ein Meeting hatte, bei dem die Diskussionen immer heftiger wurden. Er könnte sie weiter fragen, etwa ob sie aufgeregt ist, Aufmerksamkeit braucht und mit ihm darüber reden möchte. Alternativ könnte sie frustriert sein, Entspannung brauchen und allein eine Stunde joggen gehen wollen. Wenn jedoch ihre Beobachtung war, dass ein Kollege einen Tumult veranstaltet hat, über den alle lachen mussten, würde diese Information sein initiales mentales Modell bedeutsam korrigieren.

Eine ebenfalls auf die andere Person gerichtete Antwort ist die sofortige Handlung. Dabei versucht die Person durch spontanes Agieren den vermuteten Bitten der anderen Person nachzukommen, ohne vorher ihr mentales Modell zu überprüfen. Diese Variante ist effektiv, wenn ausreichend eindeutige Informationen verfügbar sind, etwa wie im Beispiel mit dem Kind, das blutet, weil es sich aus Versehen in den Finger geschnitten hat.

Es sei wieder das Beispiel der Frau, die aus der von ihr als Irrenhaus titulierten Firma nach Hause kommt. Wenn der Mann sie gut genug kennt, dass er weiß, dass sie sich in diesen Situationen einen entspannten Abend mit einer Tasse Tee wünscht, kann er sich sofort verhalten und dabei adäquat agieren. Handelt er aber in der Überzeugung, dass seine Frau gerade allein gelassen werden will, weil er denkt, dass sie Ruhe brauchen könnte, obwohl sie eigentlich Austausch braucht mit ihm reden will, ist das spontane Agieren nicht adäquat und läuft Gefahr, in seinen Intentionen falsch verstanden zu werden (z.B. wenn sie denkt, dass er sich wieder zurückzieht, weil er ihr nicht zuhören will) (Schulz von Thun, 2010).

Die sofortige Handlung kann also heikel sein, wenn das mentale Modell nicht in Übereinstimmung mit der Situation der anderen Person ist, also inadäquat und unreflektiert als Verhaltensbasis genutzt wird. Die Gefahr dieses Verhaltens liegt sicher nicht im Einzelfall, sondern in den sich daraus rasch entwickelnden Verhaltens- und Interaktionsmuster, wie sie Watzlawick, Beavin und Jackson (1967) z.B. im Axiom der Interpunktion der Kommunikationsabläufe eingängig beschrieben haben. Die gemeinsame Reflexion dagegen sichert die Kongruenz des mentalen Modells mit

der Realität der anderen Person vor der Handlung ab, kostet aber mehr Zeit und Aufwand. Sofortige Handlung ist die üblichere Reaktion und auch häufig effektiv, zumindest solange, wie die Kongruenz zumindest ausreichend vorhanden ist.

Die zweite Art der Antworten sind jene, die mehr auf das eigene Selbst bezogen sind als auf die andere Person. Die Situation der anderen Person ist eher Anlass zur Reaktion, aber nicht das Ziel. Der Fokus der Handlungen liegt also auf den eigenen Bedürfnissen und Motiven – ob bewusst oder in Verzerrung – wobei diese Handlungen durchaus altruistisch erscheinen können. Varianten der selbstbezogenen Antworten sind beispielsweise das Mitteilen der eigenen

- Assoziationen, z.B. „Mir ist das auch mal passiert, als ich...“,
- Bewertungen und Interpretationen, z.B. „Das glaub ich nicht, das hat er bestimmt nicht so gemeint“,
- Gefühle, z.B. „Wenn du das sagst, werde ich ganz unsicher“,
- Bedürfnisse, Wünsche und Bitte, z.B. „Kannst du bitte leiser sprechen, ich brauche gerade echt Ruhe und Entspannung.“

Es sei noch einmal das Beispiel der Ehefrau genommen, die aus der „Irrenhaus“-Firma nach Hause kommt. Eine selbstbezogene Antwort wäre beispielsweise für den Mann zu sagen, dass sein Arbeitstag auch unerträglich war, wie in einem Irrenhaus unter Aufputschmitteln. Ebenso selbstbezogen wäre zu sagen, dass sie sich nicht so aufregen solle, da es so schlimm ja nun nicht sein könne. In beiden Fällen ist die Aussage der Frau Anlass zur Reaktion, aber die Antworten beziehen sich nur oberflächlich auf ihre Situation und zielen eigentlich auf seine eigenen Bedürfnisse: Im ersten Fall (sein Tag war ebenfalls unerträglich) steht sein Mitteilungsbedürfnis im Vordergrund, im zweiten Fall (sie soll sich nicht aufregen) steht sein Ruhebedürfnis im Vordergrund. Beide Antworten enthalten keinen oder nur einen scheinbaren Bezug zu ihren Beobachtungen, Gefühlen, Bedürfnissen oder Bitten.

In jedem Fall verschiebt die selbstbezogene Antwort den Fokus des Gesprächs auf die eigene Person. Diese Art des Antwortens, besonders das Mitteilen der eigenen Bewertungen und Interpretationen, kann durchaus den Eindruck vermitteln, auf die andere Person orientiert zu sein, da es eine gewisse Relation zur Situation der anderen Person zu geben scheint. Der Inhalt der Antwort ist jedoch primär auf das eigene Selbst bezogen. Bedenkt man die Einflüsse der sozialen Erwünschtheit und der Dissonanzreduktion (Festinger, 1962), so lässt sich mutmaßen, dass diese selbstbezogenen Antworten subjektiv als mit eindeutigem Bezug zur Aussage der anderen Person gesehen werden und der Charakter der Selbstbezogenheit nicht bewusst ist. Es sei angemerkt, dass diese Art der Antwort nicht per se als negativ zu bewerten ist, da der Aspekt der Selbstoffenbarung (Schulz von Thun, 2005) durchaus z.B. mit Klarheit zur positiven Interaktionsgestaltung beitragen kann.

Diese beiden Arten von Antworten sind, wie beschrieben, der Versuch, das Spektrum von Antworten anhand einer relevanten Dimension (mit den Polen „Bezug zur eigenen Person“ und „Bezug zur anderen Person“, angelehnt an das Konzept von Empathie für die andere Person und Empathie für die eigene Person nach Rosenberg, 2006) differenzierter zu erfassen. Die Antworten im Alltagsleben liegen wohl zumeist dazwischen. Ein typischer Spezialfall, der sowohl in der professionellen Kommunikation in sozialen Berufen als auch in der Alltagskommunikation auftritt, ist eine Antwort, die auf die eigene Person gerichtet ist und auf die eigene emotionale Stabilisierung zielt. Diese empathisch kurzschlüssigen Antworten (empathischer Kurzschluss, EKS; Altmann & Roth, 2013), wie beispielsweise

- „Brauchst doch nicht zu weinen, so schlimm ist das doch gar nicht“,
- „Mach dir nichts draus, du wirst es bestimmt beim nächsten Turnier aufs Siegertreppchen schaffen“,

werden im folgenden Kapitel näher beschrieben, da die negativen Konsequenzen dieser Art von Antwort besonders im professionellen Setting in sozialen Berufen sowohl für den Empfänger als auch für den Sender von großer Tragweite sind.

Um diese letzte Phase des EPM, die Antwort, zusammenzufassen, lässt sich sagen, dass die Antwort mit Blick auf die Situation (Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse, Bitten) der anderen Person oder der eigenen Person geschehen kann. Des Weiteren kann gemeinsam reflektiert oder sofort gehandelt werden auf Basis ausreichender oder nicht ausreichender Informationen. Die alltagssprachlich verwendete Idee der „empathischen“ Antwort (mit der Wertung, dass manches Verhalten „empathischer“ sei als anderes) im Sinne einer idealen Antwort kann demnach als nur eine mögliche Form empathischen Verhaltens beschrieben werden, das sich direkt auf die andere Person bezieht und entweder auf ausreichender Informationsmenge beruht, zumindest aber adäquat erscheint, und damit von der Bewertung der anderen Person abhängig ist. Die Phase der Antwort ist komplex und die Varianten vielfältig, sodass hier keine vollständige Klassifikation von Antworten erfolgen kann. Eine für die Fragestellung dieser Arbeit bedeutsame typische Art von Antworten wird im Folgenden genauer behandelt: der empathische Kurzschluss (Altmann & Roth, 2013).

2.2 Der empathische Kurzschluss

Rückblickend auf die Darstellungen zur Empathie erscheint diese durch die Automatismen der Prozesse (Preston & de Waal, 2002; Vignemont & Singer, 2006) als unausweichlicher Teil zwischenmenschlicher Interaktion (Keysers, 2013b). Dies kann jedoch zu einem Risikofaktor werden, wenn die belastenden Emotionen der anderen Person durch die empathische Übertragung auf die eigene Person zur eigenen Belastung werden und die eigene emotionale Stabilität gefährden. Das ist besonders dann der Fall, wenn sich die andere Person in einer emotional belastenden Situation befindet und diese Emotionen auch deutlich zeigt – etwa wenn sie von Versagensängsten, von ihrer schmerzhaften Trennung vom Lebenspartner oder vom plötzlichen Tod eines guten Freundes erzählt. In diesen Situationen werden vom Zuhörer typischerweise Antworten wie etwa die folgenden gegeben:

- „Ach, das schaffst du ganz sicher, du bist doch ein schlauer Kopf.“
- „Wein doch nicht! Vielleicht ist es ja gut, dass ihr euch getrennt habt. Er ist nicht gut genug für dich.“
- „Sei nicht traurig, immerhin musste er keine Schmerzen erleiden.“

Kennzeichnend für diese Art von Antwort ist, dass sie nicht zu einer weiteren Öffnung der anderen Person einlädt bzw. der anderen Person nicht die Möglichkeit gibt, ihre Emotionen frei auszudrücken. Im Gegenteil wird zumeist ein weiteres Gespräch dadurch erschwert bis unmöglich gemacht und damit die kommunikative Situation abgebrochen. Die Antwort scheint sich zwar auf die Situation der anderen Person zu beziehen, enthält aber faktisch eine invalidierende Kernbotschaft, da dem wesentlichen Aspekt der emotionalen Mitteilung widersprochen wird. Durch „du schaffst das schon“ wird die Angst vor dem Versagen invalidiert. Durch „vielleicht ist es ja gut, dass ihr euch getrennt habt“ bzw. durch „immerhin musste er keine Schmerzen erleiden“ wird mit einem hypothetisierten positiven Aspekt der präsenten negative (schmerzhafte) Aspekt der Trennung bzw. des Verlustes invalidiert. Die Antwort nimmt also nur oberflächlich Bezug auf die Situation der anderen Person, geht aber eigentlich an der tatsächlichen emotionalen Situation vorbei und bricht die Interaktion ab. Würde die andere Person weiter von ihrer Situation erzählen wollen, könnten sie das nur durch Widerspruch:

- „Nein, du irrst, ich schaffe das wirklich nicht.“
- „Doch, er war gut für mich, sonst würde ich ja nicht weinen.“
- „Doch, ich bin traurig, egal ob er Schmerzen hatte oder nicht.“

Dadurch, dass diese Art von Antwort nur scheinbar auf das Wohl der anderen Per-

son gerichtet ist, kann vermutet werden, dass die eigentliche Motivation eine andere ist. So wird vermutet, dass Empathie und negative Emotionen einer anderen Person ein Risiko für die eigene emotionale Stabilität darstellen, da sich die Emotion empathisch überträgt und gleichzeitig Hilflosigkeit entsteht, weil man selbst diese Emotion in der anderen Person nicht direkt ändern kann. Um die daraus entstehende Anspannung zu reduzieren, kann die Situation invalidiert werden: beispielsweise durch die Überlagerung mit eigenen Bewertungen („so schlimm ist es doch gar nicht“) oder durch Vorschläge zur einfachen Lösung des Problems („ihr müsst einfach mehr miteinander reden“). Ziel ist mit diesen Äußerungen also nur scheinbar das Wohl der anderen Person und eigentlich das Ende der emotionalen Konfrontation, um die eigene emotionale Stabilität nicht zu gefährden. Bei Batson (Batson, 1997; Batson, Early & Salvarani, 1997; Batson, Fultz & Schoenrade, 1987; Batson & Shaw, 1991) ist ein Aspekt des kurschlüssigen Verhaltens bereits umschrieben. Nach Batson führt dabei eine geringere Selbst-Andere-Differenzierung weniger zu Anteilnahme eher zu personal distress, was in selbst-fokussierten Verhaltensweisen resultiert, wie Abwehr oder Aggression gegen den auslösenden Reiz verbunden. Der EKS ist dazu eine Differenzierung, Erweiterung und Begründung dieses Aspektes mit der Möglichkeit der Reflexion.

Dies sei am folgenden Beispiel anhand des Empathie-Prozessmodells verdeutlicht. So sagt beispielsweise der eigene Vater mit 82 Jahren, dass er bald sterben werde und große Angst davor habe. Durch die Wahrnehmung wird ein mentales Modell aufgebaut, das die Angst und Verzweiflung des Vaters repräsentiert. Daraus entstehen empathisch ähnliche Emotionen in der eigenen Person, man fühlt also die Emotionen mit (wie im Kapitel zum EPM beschrieben). Gerade solche „negativen“ Emotionen können als sehr belastend empfunden werden und gefährden die emotionale Balance. Das gilt in besonderem Maße, wenn der Umgang mit den eigenen negativen Emotionen bereits als schwer erlebt wird oder spezifische Emotionen aufgrund des individuellen Lebenshintergrundes bzw. der Persönlichkeit gemieden werden. Diese Hintergründe werden allerdings nicht bewusst mit betrachtet. Es bleibt nur das belastende Gefühl, das man selbst nicht ändern kann, da deren Quelle in der anderen Person liegt. Um diese Belastung nun nicht spüren zu müssen, ist eine verzerrende Antwort notwendig, die das ursprüngliche mentale Modell, dem die empathische Emotion zugrunde lag, uminterpretiert oder widerlegt. So kann eine Antwort auf den Vater beispielsweise lauten, dass er doch sicher noch ein paar Jahre zu leben habe. Dies bezieht sich zwar oberflächlich auf die Aussage des Vaters, aber geht eigentlich an dessen Situation – Konfrontation mit dem Ende des Lebens, Angst, Hilflosigkeit – fundamental vorbei und bezieht sich faktisch nicht auf dessen eigentliches Erleben. Der Vater wird auf diese Antwort hin kaum seine Angst plötzlich verlieren und sich sagen, dass es wohl stimme und er wohl noch ein paar Jahre leben werde. Stattdessen rückt mit dieser nun offensichtlich selbstbezogenen Antwort die emotionale Stabilisierung der eigenen Person in den Mittelpunkt, denn sie stellt eine Verzerrung der Situation der anderen Person dar und dient primär der eigenen Person zur Selbstberuhigung.

Im Kontrast zu dieser Art von Antwort kann eine Alternative konzipiert werden, die darin besteht, die emotionale Situation der anderen Person zu akzeptieren und zu validieren. In dieser Variante der Antwort würden also die Sichtweisen der anderen

Person aufgegriffen, Verständnis der Emotionen rückgemeldet und die Situation unverzerrt angenommen. Im Rahmen des EPM entspräche dies dem Abgleich des eigenen mentalen Modells mit der Situation der anderen Person. Das Ziel wäre hier, das eigene mentale Modell soweit zu überprüfen und anzupassen, bis die andere Person zustimmen kann, dass das eigene mentale Modell das Erleben der anderen Person treffend widerspiegelt und nun eine Antwort gegeben wird, die sich auf das überprüfte und unverzerrte mentale Modell bezieht (vgl. Abbildung 3).

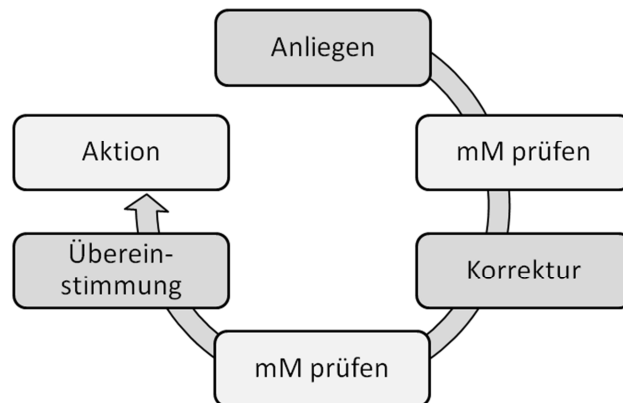


Abbildung 3. Kommunikativer Prozess des Abgleichs des eigenen mentalen Modells mit der Situation der anderen Person, die sie in ihrem Anliegen übermittelt, bis Übereinstimmung hergestellt wurde

Eine Antwort ohne diesen Abgleich bzw. die gemeinsame Reflexion, wie sie oben als verzerrte Antwort beschrieben wurde, kann hier nun verstanden werden als Kurzschluss im kommunikativen Prozess. Das kommunikative Potenzial, das in der Interaktion liegt, wird kurzgeschlossen und ist – ähnlich dem elektrischen Potenzial nach einem Kurzschluss – danach gleich Null. Statt durch Validieren die emotionale Situation der anderen Person anzunehmen, wird die Interaktion kurzschlüssig zu einem abrupten Ende geführt durch Invalidierung und Verzerrung. Diese Abkürzung zur Sicherung der eigenen emotionalen Stabilität aus Überforderung von der emotionalen Situation der anderen Person ist ein empathischer Kurzschluss (EKS; Altmann & Roth, 2013), da damit in der spannungsreichen Situation eine abbrechende Abkürzung genutzt wird (vgl. Abbildung 4), um die Spannung möglichst schnell zu eliminieren, auch auf Kosten der Interaktion. Der EKS ist also der Versuch, die unangenehme, empathisch entstandene Emotion im Inneren loszuwerden, indem die emotionale Situation im Außen durch Invalidierung beendet wird.

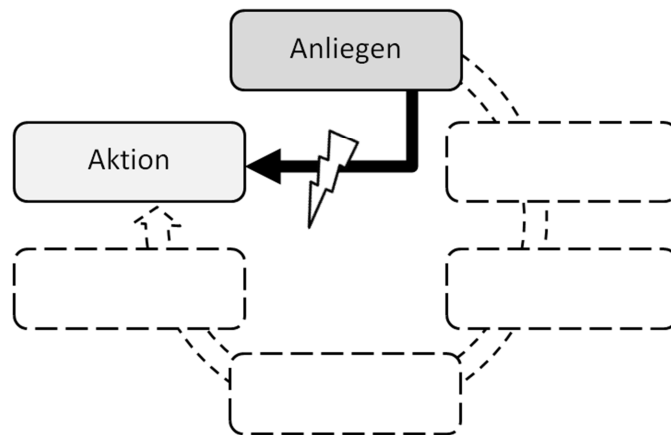


Abbildung 4. Der empathische Kurzschluss (EKS; Altmann & Roth, 2013) als Abkürzung in der kommunikativen Interaktion ohne Prozess des Abgleichs bzw. der gemeinsamen Reflexion

Die Konsequenzen des EKS sind meistens Enttäuschung und Unzufriedenheit auf beiden Seiten. Kurzfristig besteht für die eigene Person zwar eine Erleichterung von der negativen empathischen Emotion, langfristig aber bleibt der Eindruck zurück, dieser anderen Person in der emotionalen Situation durch den Kurzschluss nicht gerecht geworden zu sein. Es kann vermutet werden, dass das wiederholte Erleben solcher negativer Interaktionsergebnisse kumuliert und sich langfristig in erhöhtem Belastungserleben niederschlagen kann. In der beruflichen Praxis (in der sozialen bzw. pflegenden Arbeit) kann vermutet werden, dass dies wiederum zu Arbeitsunzufriedenheit, psychosomatischen und Burnout-Symptomen führt. Der Zusammenhang zwischen (unreflektierter) Empathie und Burnout allgemein (Miller, Birkholt, Scott & Stage, 1995) sowie speziell für helfende Berufe wie beispielsweise in der Krankenpflege (Åström et al., 1991) oder bei Lehrern und Sozialarbeitern (Williams, 1989) scheint daher besonders für die helfende Person selbst von großer Bedeutung zu sein. Gleichzeitig ist auch die andere Person mit der Reaktion unzufrieden, da nicht wirklich auf ihre Situation eingegangen wurde. Die emotionale Spannung ist nach dem EKS nicht mehr in der Interaktion bearbeitbar (da die Interaktion kurzgeschlossen wurde) und verbleibt allein und ungelöst in dieser anderen Person.

Zum vertiefenden Verständnis dieser theoretischen Konzeption des EKS können die Modelle der emotionalen Arbeit (z.B. Hochschild, 1983), des emotionsfokussierten Copings (z.B. Lazarus & Folkman, 1984) und der Emotionsregulation (z.B. Gross, 2002) genutzt werden.

Bei der emotionalen Arbeit sollen die Emotionen der Kunden / Klienten / Patienten über die Steuerung der eigenen Emotionen gestaltet werden (Ashforth &

Humphrey, 1993; Hochschild, 1983). Dabei wird am häufigsten zwischen surface acting und deep acting unterschieden (Chu, 2002). Surface acting beschreibt die oberflächliche Präsentation sozial erwünschter Emotionen wie Lächeln, auch wenn die tatsächliche emotionale Realität davon abweicht. Deep acting ist der Versuch, diese erwünschte Emotionspräsentation dadurch zu erreichen, dass das Gefühl im Inneren generiert wird. Dazu können die Strategien des emotionsfokussierten Copings (Lazarus & Folkman, 1984) verwendet werden, wie beispielsweise Vermeidung, Ablenkung, Ignorieren, sodass die eigenen Gefühle induziert, unterdrückt oder verändert werden, was allerdings mit negativen Konsequenzen wie einem schlechterem Gesundheitszustand assoziiert ist (z.B. Epping-Jordan, Compas & Howell, 1994). Ähnlich wird beim surface acting ein Zusammenhang zu Arbeitsunzufriedenheit, Burnout, Immunschwäche bis hin zu Krebs vermutet (Kahn, 1993; Lee, 2010; Morris & Feldman, 1996; Watson, Pettingale & Greer, 1984). Der EKS wäre hier also eine Art des deep acting, in der die kontrollierte Veränderung der eigenen Gefühle versucht wird. Das Spezifikum beim EKS ist allerdings, dass im Gegensatz zur emotionalen Arbeit typischerweise keine intentionalen Prozesse involviert sind. Der EKS kann automatisch und ohne Bewusstsein darüber ablaufen. Er beschreibt den Prozess, der beim Anwender (z.B. beim Pflegenden) abläuft, wenn die Emotion des Gegenübers durch die empathische Übertragung die eigene Stabilität gefährdet und die Kompetenzen der emotionalen Arbeit nicht mehr ausreichen.

Die emotionale Arbeit ist eine Weiterentwicklung der Arbeiten von Gross und Kollegen (Gross, 2002; Gross & Muñoz, 1995; Ochsner & Gross, 2005), die allgemein die Emotionsregulation analysierten und dabei differenzieren zwischen antecedent- und response-focused emotion regulation. Das Prinzip der antecedent-focused emotion regulation beschreibt die Möglichkeit, Einfluss auf die Entstehung einer Emotion zu nehmen. Dies kann z.B. durch Auswahl der Umwelt und Umweltbedingungen (z.B. Besuch bei guten Freunden vs. Besuch bei den Schwiegereltern) oder durch die Umdeutung oder Interpretation von Reizen (reappraisal, z.B. eine Beleidigung nicht als Aussage über die eigene Person, sondern als Ausdruck der seelisch belasteten Kindheit des Beleidigers zu deuten) realisiert werden. Die response-focused emotion regulation dagegen ist auf die Kontrolle der Verhaltenstendenzen gerichtet, die durch eine aktivierte Emotion ausgelöst wurden (z.B. durch Unterdrücken der Mimik). Das Unterdrücken des Emotionsausdrucks (gleich ob positive oder negative Emotionen) führt physiologisch zur Aktivierung des Sympathikus des kardiovaskulären Systems bei gleichzeitiger Reduktion der Herzschlagfrequenz und Veränderung des Hautwiderstands, was auf einen inneren Spannungszustand hindeutet, der sich in gemischten physiologischen Signalen niederschlägt (Gross & Le-

venson, 1993). Daher wird die response-focused emotion regulation typischerweise mit negativen Konsequenzen für die psychische und physische Gesundheit assoziiert (Gross, 1998; Gross & Levenson, 1997).

Der EKS kann in diesem Sinne verstanden werden als ein verspäteter, nicht reflektierter und damit nicht bewusst intendierter Versuch, nach Auslösung einer Emotion (durch die Fähigkeit zur Empathie) und der entsprechenden Verhaltenstendenz diese Emotion durch ein nachgeschaltetes Uminterpretieren zu verändern und sie somit weitestgehend sozial verträglich zu vermeiden. Der EKS könnte insofern als ein post-hoc-reappraisal bezeichnet werden. Er führt daher aber nicht zu den emotionskontrollierenden Effekten der antecedent-focused emotion regulation, sondern bringt die Konsequenzen des response-focused emotion regulation mit sich. Die Unterscheidung zwischen bewusst intentional und nicht bewusst intentional (Eisenberg & Spinrad, 2004) ist dabei auch für den EKS bedeutsam: Der EKS ist zu meist nicht bewusst intendiert. Ein bewusst gesetzter EKS würde eine stärkere Reflexion der Situation voraussetzen. Dadurch wäre der langfristige Einfluss auf das Belastungserleben vermutlich weniger stark, da die diffuse Unzufriedenheit in der bewussten Handlung nicht entstehen kann.

Entsprechend wird mit der vorliegenden Arbeit vorgeschlagen, die Reflexion des eigenen empathischen Handelns und die bewusste Gestaltung empathischer Interaktionen zur Vermeidung kurzschlüssigen Verhaltens im Sinne des EKS besonders in emotional fordernden Situationen als Wesensmerkmal von Trainings zu forcieren. Das Ziel verhaltensorientierter Empathietrainings sollte daher nicht sein, einen Netto-Zuwachs an Empathie zu erreichen, sondern auf den reflektierten Umgang mit der vorhandenen Empathie zu fokussieren. Durch diese Reflexion kann der EKS vermieden und entsprechende Konsequenzen für Psyche und Gesundheit verhindert werden. Zur Umsetzung dessen wird in dieser Arbeit vorgeschlagen, die Ebenen und Methodik der Gewaltfreien Kommunikation zu nutzen, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

2.3 Die Gewaltfreie Kommunikation

Im vorangehenden Kapiteln wurde beschrieben, welche Risiken und Belastungsfaktoren durch einen unreflektierten Umgang mit Empathie entstehen können (empa-

thischer Kurzschluss, EKS). Zur Vermeidung des EKS wurde die Reflexion des eigenen empathischen Handelns anhand des Modells der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) nach Marshall B. Rosenberg vorgeschlagen. Die GFK wird nun im folgenden Kapitel eingehend beschrieben, wobei zuerst Rosenberg selbst kurz biographisch vorgestellt wird, um die GFK aus dem Entstehungskontext heraus verstehbar zu machen (Kapitel 2.3.1). Eine begriffliche Klärung, wie in der GFK „Gewalt“ verstanden wird, schließt an (Kapitel 2.3.2). Daraufhin werden das Modell der GFK und das der GFK eigene Empathieverständnis erläutert (Kapitel 2.3.3 und 2.3.4).

2.3.1 Marshall B. Rosenberg

Marshall B. Rosenberg entwickelte in Auseinandersetzung mit einigen der damals aktuellen therapeutischen Methoden – besonders nach Rogers (z.B. 1951) und Ellis (z.B. 1962) – in der eigenen praktischen Arbeit das Modell der GFK. Die Ähnlichkeit der GFK mit den Ansätzen von Carl Rogers und Albert Ellis wird dadurch bereits verständlich, die Besonderheit der GFK aber erst, wenn man die biographische Entwicklung Rosenbergs nachvollzieht (orientiert an CNVC, 2010; Rosenberg, 2006, 2008).

Rosenberg wurde 1934 geboren und wuchs in Detroit (USA) auf. Zu dieser Zeit prägten rassistische Gewalt und Konflikte das alltägliche Leben. Rosenberg erlebte dabei selbst Ausschreitungen und antisemitische Gewalt (Rosenberg, 2006). Daraus entstanden bereits früh Fragen, die in die Richtung der GFK wiesen:

„Was geschieht genau, wenn wir die Verbindung zu unserer einfühlsamen Natur verlieren und uns schließlich gewalttätig und ausbeuterisch verhalten? Und umgekehrt, was macht es manchen Menschen möglich, selbst unter den schwierigsten Bedingungen mit ihrem einfühlsamen Wesen in Kontakt zu bleiben?“ (Rosenberg, 2008, S. 21)

Rosenberg legte bereits mit dem Studium der Psychologie einen persönlichen Schwerpunkt seiner Interessen auf zwischenmenschliche Interaktionen. Dabei versuchte er dafür eine Erklärung zu finden, dass dieselben Menschen einerseits zu diesen intensiven Gewalttaten in der Lage sind und andererseits als einfühlsame Familienmitglieder andere selbstlos und aufopferungsbreit umsorgen. Im Studium lernte er bei Carl Rogers und war dessen Forschungsmitarbeiter. Nach der Promotion arbeitete Rosenberg als klinischer Psychologe und Psychotherapeut (CNVC, 2010).

Angeregt von der Auseinandersetzung mit den Themen Empathie und therapeutische Kommunikation (z.B. Rogers, 1951, 1975) und Gewaltfreiheit (z.B. Gandhi, 1951) fokussierte Rosenberg stärker den Bereich Konfliktlösung und Trainings zur einfühlsamen / konfliktlösenden Kommunikation. Bei Tätigkeiten in Kriegsgebieten wie z.B. Ruanda, Nigeria, Burundi (CNVC, 2010; Rosenberg, 2004, 2005a, 2007a) wurden die ersten Konzepte zu einer empathischen und gewaltfreien Kommunikation auf die Probe gestellt. Daraus entwickelten sich über die Zeit in der praktischen Auseinandersetzung z.B. mit streitenden Stämmen, Verbänden, Familien oder Nachbarn das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation, das heute beispielsweise in Schulen, Mediationsausbildungen und Streitschlichterprogrammen bis hin zu Projekten der UNESCO in internationalen politischen Konflikten eingesetzt wird (CNVC, 2010; UNESCO, 2002).

2.3.2 Der Begriff Gewalt

Ein Kommunikationsmodell, das Gewaltfreiheit impliziert, muss in irgendeiner Form darstellen, von welcher Art von kommunikativer Gewalt sie frei zu sein behauptet. Aus wissenschaftlicher Sicht liegen allerdings keine suffizienten Definitionen oder Begriffsbestimmungen vor. Der Schwerpunkt der GFK-Literatur liegt vielmehr auf der praktischen (zumeist praktisch intuitiven) Anwendung und nicht im Anspruch, wissenschaftlich eindeutig formuliert zu sein. Ansätze einer Erklärung ergeben sich aus Bezügen Rosenbergs auf Gandhis Prinzip der Gewaltfreiheit, das er beschreibt als „unser einfühlsames Wesen, das sich wieder entfaltet, wenn die Gewalt in unseren Herzen nachläßt [sic]“ (Rosenberg, 2008, S. 22). Da hier gewaltfrei nur mit dem Nachlassen von Gewalt beschrieben ist, muss das Begriffsverständnis aus dem Modell der GFK und dessen Beschreibungen interpretiert werden.

In den im Modell beschriebenen vier Schritten wird dargestellt, wie eine gewaltfreie Kommunikation gestaltet werden kann. Im Umkehrschluss kann formuliert werden, dass jede Kommunikation, die nicht den vier Schritten folgt, als gewaltvoll bzw. als Gewalt zu verstehen ist. Da in diesen Schritten der Fokus auf Wahrnehmungen, Gefühlen, Bedürfnissen und Bitten (genauere Erläuterung des Modells in folgenden Abschnitten) gelegt wird, kann kommunikative Gewalt im Sinne der GFK im Umkehrschluss formuliert werden als Kommunikation, die den Fokus nicht auf diese

vier Ebenen legt, sondern aus Vorwürfen, Interpretationen und Analysen der anderen Person besteht. Diese Art der Kommunikation wurde von Rosenberg auch als „lebensentfremdende Kommunikation“ beschrieben. Weiter zählen dazu moralische Urteile, Bewertungen der eigenen oder anderen Person z.B. als gut/schlecht, Schuldzuweisungen, Verurteilungen, Kategorisierungen, Klischees, Vergleiche mit anderen Personen, Beleidigungen, Diagnosen sowie Leugnung von Eigenverantwortung. Diese Aufzählung ist allerdings keine erschöpfende Klassifikation, sondern eher als beispielhafte Auflistung zu verstehen.

“Judgment, criticisms, diagnoses, and interpretations of others are all alienated expressions of our needs. If someone says, ‘You never understand me,’ they are really telling us that their need to be understood is not being fulfilled. If a wife says, ‘You’ve been working late every night this week, you love your work more than you love me,’ she is saying that her need for intimacy is not being met. When we express our needs indirectly through the use of evaluations, interpretations, and images, others are likely to hear criticism. And when people hear anything that sounds like criticism, they tend to invest their energy in self-defense or counterattack. If we wish for a compassionate response from others, it is self-defeating to express our needs by interpreting or diagnosing their behavior. Instead, the more directly we can connect our feelings to our own needs, the easier it is for others to respond to us compassionately. Unfortunately, most of us have never been taught to think in terms of needs. We are accustomed to thinking about what’s wrong with other people when our needs aren’t being fulfilled.”
(Rosenberg, 2003, S. 52)

Natürlich ist auch die GFK für manipulative Zwecke einsetzbar, wenn nach Gefühlen und Bedürfnissen mit der strategischen Absicht gefragt wird, diese Informationen für die eigenen Interessen und zum Nachteil der anderen Person zu nutzen. Die GFK kann also nicht allein dadurch gewaltfrei sein, indem sich die Interaktionspartner an die vier Schritte des Modells halten. Die GFK setzt vielmehr eine positive und wohlwollende Grundhaltung voraus, die von authentischer Offenheit getragen wird (Muth, 2010). Dieses Konzept der Grundhaltung ist vermutlich nah an das Konzept von Rogers angelehnt, der die Grundhaltung des Therapeuten als die ausschlaggebende Variable für den therapeutischen Erfolg postulierte (z.B. Rogers, 1951, 1983). Erst unter dieser Voraussetzung kann im Sinne Rosenbergs gewaltfrei kommuniziert und eine Interaktion gefunden werden, die ermöglicht, dass die Bedürfnisse aller an der Interaktion Beteiligten erfüllt werden (Rosenberg, 2007d, 2009). Die vier Schritte bzw. Ebenen dieses Modells werden in den folgenden Kapiteln ausführlicher dargestellt.

2.3.3 Das Modell der Gewaltfreien Kommunikation

Im Mittelpunkt der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) stehen einerseits die vier Schritte, die Rosenberg als Hilfsmittel und Anleitung zu einer gewaltfreien und einfühlsamen Art der Kommunikation formuliert hat, und andererseits die empathische Grundhaltung (Muth, 2010), die den Rahmen setzt und den allgemeinen Charakter einer Interaktion im Sinne der GFK definiert (Rosenberg, 1999, 2004, 2005c; Rosenberg & Molho, 1998).

“Nonviolent Communication, or NVC, is a powerful model of communication, but it goes far beyond that. It is a way of being, thinking, and living in the world. Its purpose is to inspire heartfelt connections with ourselves and other people – connections that allow everyone’s needs to be met through compassionate giving. It inspires us and others to give from the heart.” (Rosenberg, 2012, S. vii)

“The process is designed for those of us who would like the others to change and respond, but only if they choose to do so willingly and compassionately. The objective of NVC is to establish a relationship based on honesty and empathy.” (Rosenberg, 2003, S. 81)

Die GFK ist besonders in den Bereichen Erziehung (Hahn, 2007; Hart & Kindle Hodson, 2006; Muth, 2010), Beratung (Bryson, 2009; Fritsch, 2008; Haskvitz, 2006), private Konfliktlösung (Glasl, 2010; Holler & Heim, 2009; Klappenbach, 2006; Larsson, 2009; Rust, 2011) und berufliche Konfliktlösung (Bähner, Oboth & Schmidt, 2008; Mayer-Rönne, 2006; Oboth & Seils, 2008; Pásztor & Gens, 2007; Pink, 2007; Ponschab & Schweizer, 2004) rezipiert worden und wird als deeskalierende und konfliktlösende Kommunikationsmethode eingesetzt.

Die vier Schritte, die sowohl beim Selbstaussdruck (Senden einer Nachricht) als auch beim Zuhören (Empfangen einer Nachricht) den Fokus vorgeben, lauten in Kurzfassung (Altmann, 2013b; Rosenberg, 2008):

1. Beschreiben der konkreten Beobachtung der Situation,
2. Äußern der aktuellen Gefühle in dieser Situation,
3. Benennen der betroffenen Bedürfnisse, die für die Gefühle ursächlich sind,
4. Formulieren einer konkreten Bitte, wie die Bedürfnisse erfüllt werden können.

Anhand psychologischer Termini kann formuliert werden, dass in der GFK in einer konkreten Situation diese vier Aspekte des Erlebens mitgeteilt werden sollen: Inhalte der attentionalen und Wahrnehmungsebene (Beobachtung), Inhalte der emotionalen und phänomenologischen Ebene (Gefühle), Inhalte der motivationalen Ebene (Bedürfnisse) und Inhalte der interaktionalen und behavioralen Ebene (Bitten).

Zu jedem Schritt wurde von Rosenberg jeweils eine Differenzierung bzw. ein Gegenpol³ angeführt, der beschreibt, was im jeweiligen Schritt nicht gemeint ist, nicht Teil der gewaltfreien Art zu kommunizieren ist und entsprechend nicht ausgedrückt werden soll. Die vier Schritte und deren jeweilige Gegenpole sind

1. Beobachtung und keine Bewertungen,
2. Gefühle und keine Gedanken,
3. Bedürfnisse und keine Strategien,
4. Bitten und keine Forderungen.

Ähnlich wie bei Altmann (2010) beschrieben, wäre ein Beispiel für einen nicht gewaltfreien Ausdruck: „Nie machst du was im Haushalt, ich bin enttäuscht von dir, du bist wirklich faul. Ein Minimum an Arbeit könntest du ja vielleicht auch übernehmen, also wasch jetzt ab!“ Bewertungen wie „faul“, implizite Vorwürfe wie „enttäuscht von dir“ werden hier verwendet. Das eigentliche Bedürfnis, z.B. Unterstützung, Ordnung oder Wertschätzung, wird nicht ausgedrückt. Der Teil „wasch jetzt ab“ deutet stark auf eine Forderung hin, statt auf eine Bitte. Eine Möglichkeit, dieselbe Botschaft gewaltfrei im Sinne der GFK auszudrücken, wäre etwa wie folgt: „Wenn ich sehe, dass der Abwasch nicht gemacht ist, fühle ich mich traurig, weil ich das Bedürfnis nach Ordnung habe, und bitte dich, mir jetzt beim Abwaschen zu helfen.“ Im Unterschied zum vorherigen Ausdruck werden hier die tatsächliche Emotion und das Bedürfnis konkret benannt und die Eigenverantwortung für die eigenen Gefühle und Bedürfnisse nicht auf die andere Person übertragen (wie im vorherigen Satz implizit enthalten ist: „Du bist Schuld, dass es mir nicht gut geht“). Der GFK-Ausdruck beschreibt die konkrete Situation („wenn ich [jetzt] sehe...“), statt die Person insgesamt zu bewerten („du bist wirklich faul“).

“The NVC process shows us how to nakedly express how we are and what is alive in us – without any criticism and without any analysis of others that implies wrongness. The process is based on the assumption that anything that people hear from us that sounds like an analysis or a criticism, or that implies wrongness on their part, prevents us from connecting with them in a way that allows everyone to contribute to one another’s well-being. This approach to communication emphasizes compassion – rather than fear, guilt, shame, blame, coercion, or threat of punishment – as the motivation for action. In other words, it is about getting what we want for reasons that we will not regret later.” (Rosenberg, 2012, S. x)

³ In der GFK-Literatur werden diese Gegenpole Differenzierungen genannt (z.B. Bitschnau, 2008; Rosenberg, 2003). Der Begriff Gegenpol erscheint jedoch inhaltlich passender.

Im Folgenden werden diese Schritte im Detail beschrieben. Leitend ist dabei der Gedanke der Anwendung, wie es für das Training, das inhaltlicher Kern dieser Arbeit ist, erforderlich ist. Dabei werden Unschärfen in der Darstellung nicht zu vermeiden sein, da die Originalliteratur den Fokus statt auf Präzision und wissenschaftliche Korrektheit eher auf intuitiver Eingängigkeit und einfacher Verständlichkeit legt. Anhand verwandter Konzepte der Psychologie wird versucht, die einzelnen Elemente der GFK in den Kanon der wissenschaftlichen Terminologie einzuordnen und damit zur Präzisierung beizutragen.

2.3.3.1 Beobachtungen

Um gewaltfrei zu kommunizieren, ist es nach Rosenberg (z.B. 1999) notwendig, zuerst die Situation, die Auslöser für die Gefühle ist, mittels der eigenen Beobachtungen zu beschreiben. Es gilt dabei, mit den eigenen konkreten Wahrnehmungen das zu benennen, was passiert ist, also was gesehen und gehört wurde (Bitschnau, 2008; Rosenberg, 2003). Die eigenen Bewertungen, Analysen, Interpretationen, Urteile, statische Charakterbeschreibungen, Kategorisierungen und Generalisierungen sind davon zu differenzieren (Altmann, 2013b; Rosenberg, 1999).

“The first component of NVC entails the separation of observation and evaluation. We need to clearly observe what we are seeing, hearing, and touching that affecting our sense of well-being, without mixing in any evaluation. Observations are an important element in NVC, where we wish to clearly and honestly express how we are to another person. When we combine observation with evaluation, we decrease the likelihood that others will hear our intended message. Instead, they are apt to hear criticism and thus resist whatever we are saying.” (Rosenberg, 2003, S. 26)

“Observations are to be made specific to time and context, for example, 'Hank Smith has not scored a goal in twenty games,' rather than 'Hank Smith is a poor soccer player.' ” (Rosenberg, 2003, S. 32)

Die Differenzierung der Beobachtung von der Bewertung ist zu verstehen wie die Darstellung der detached observation z.B. bei Kabat-Zinn, Lipworth und Burney (1985) im Rahmen der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). Dabei wird die Wahrnehmung auf das fokussiert, was sich im konkreten Augenblick ereignet und kein Bezug zur Vergangenheit oder Zukunft hergestellt (Roemer & Orsillo, 2003). Darüber hinaus ist auch darauf zu achten, keine Zuweisung von Bedeutung des Beobachteten vorzunehmen, was auf eine Vermi-

schung des Beobachteten mit den Interessen des Selbsts zur Interpretation der Wahrnehmung hindeutet. Diese Haltung dem Wahrgenommenen gegenüber wird daher auch als unbeteiligte Beobachtung beschrieben (Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008; Naranjo & Ornstein, 1971). Die Prämisse dahinter ist, dass die Assoziation von Wahrnehmung und Bedeutungszuweisung die Handlungsmöglichkeiten einschränkt und ungünstige Strukturen manifestiert werden. So ist beispielsweise bei einer Migräne-Patientin ein kleiner Kopfschmerz mit der automatischen Bedeutungszuweisung assoziiert, dass ein Migräneanfall ansteht. Sie wird präventiv Medikamente einnehmen, sich vermutlich frustriert und niedergeschlagen fühlen, nachhause gehen und sich ins Bett legen. Die primäre Schmerzwahrnehmung löst damit ein starres Muster an Verhaltensweisen aus, die keinen alternativen Ausgang der initialen Situation ermöglichen. In der achtsamkeitsbasierten Arbeit, wie etwa der erwähnten MBSR oder auch der Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Teasdale, Segal & Williams, 1995), soll dagegen die Wahrnehmung soweit separiert und zergliedert wie möglich gehalten werden, um das eigentliche Erleben und Wahrnehmen wieder zugänglich zu machen und von den automatisierten Bewertungen und Bedeutungszuweisungen zu trennen. Darüber erscheinen alternative Reaktionsmöglichkeiten und die auslösende Situation kann andere Ergebnisse hervorbringen (Kabat-Zinn, 2003). Der Effekt der unbeteiligten Beobachtung allein reduziert dadurch beispielsweise chronischen Schmerz nachweislich (Astin, 1997).

Die Beobachtung in der GFK kann entsprechend verstanden werden. Mit Bezug auf die Interaktion bzw. die Kommunikation wird im ersten Schritt der Beobachtung die Situation bzw. das Verhalten der anderen Personen in möglichst separierten Wahrnehmungen beschrieben, die getrennt von den Bewertungen und Bedeutungszuweisungen zu halten sind. Durch die Konzentration auf tatsächlich Wahrgenommenes und die Trennung von den Bedeutungszuweisungen steigt in einer konflikthafter Interaktion die Wahrscheinlichkeit, dass das Gegenüber einer derartigen Wahrnehmungs- bzw. Situationsbeschreibung zustimmen kann, wodurch eine erste Ebene von Situationsklärung erreicht ist. Die bewertungsfreie Beschreibung der Situation bringt – in Analogie zur oben erläuterten Achtsamkeitsmethode – die Offenheit für alternative Interpretationen der Situation mit sich und ist damit verständnisförderlich (Rosenberg, 2006).

Ein Negativbeispiel (orientiert an Rosenberg, 2008) wäre zu sagen: „Mir ist aufgefallen, dass du zu großzügig bist.“ Hier ist die konkrete Situation unklar und nur das Urteil wird mitgeteilt, das aus der Interpretation des Verhaltens stammt, das nicht beschrieben wird. Nach Rosenberg wäre gewaltfrei, die Situation bzw. das konkrete Verhalten mit den eigenen Wahrnehmungen zu beschreiben: „Ich

habe gesehen, dass du dem Straßenmusiker vorhin zehn Euro gegeben hast.“ Die eigenen Bewertungen und Interpretationen sind für die GFK nicht notwendig, können aber differenziert eingebracht werden: „Ich habe gesehen, dass du dem Straßenmusiker vorhin zehn Euro gegeben hast und finde das zu großzügig.“ Dabei bleibt der Auslöser (also die Situation bzw. das konkrete Verhalten) klar benannt.

Rosenberg selbst stützt sich in den Darstellungen der GFK (z.B. Rosenberg, 2003, 2005a, 2009) nicht auf andere theoretische Konstrukte wie das oben beschriebene. Die GFK wird auch bei diesem Aspekt eher anhand von Beispielen erläutert, die intuitiv eingängig sind, auch wenn sie nicht als Definition ausreichen, wie das obige Beispiel zeigt. In einem Interview mit Little (2005) wird erwähnt, dass sich Rosenberg an der Arbeit von Korzybski (z.B. 1933) orientierte, der durch den Satz „the map is not the territory“ bekannt wurde. Der Kerngedanke ist die des radikalen Konstruktivismus (Foerster, 1985; Foerster & Glasersfeld, 1999; Glasersfeld & Köck, 1996; Maturana & Varela, 1990): Jedes Individuum nimmt seine Umwelt individuell wahr und erstellt ein ebenso individuelles Modell dieser Umwelt bzw. damit seine individuelle Realität, da stets nur Ausschnitte aller Informationen der Umwelt verarbeitet werden und diese durch persönliche Filter laufen (z.B. Wertesysteme, Glaubenssätze, Prämissen, Vorlieben und Interessen). Diese individuellen Modelle sind notwendig, um die verfügbaren Informationen zu ordnen und handhabbar zu machen. Es hat jedoch zur Folge, dass jeder Mensch sich stets nur nach seinem Modell der Welt verhalten kann, das nie mit der Welt identisch ist, wie eine Landkarte nie mit der Landschaft identisch ist. Folglich kann jeder Mensch auch nur Aussagen über sein Modell machen und nicht (zumindest nicht sinnvoll) über die Modelle anderer. Um zwischenmenschliches Verständnis herzustellen, müssen daher die jeweiligen Modelle der Situation mitgeteilt werden, um eine gemeinsame Situationsbeschreibung zu finden, der alle Beteiligten zustimmen können. Daher erscheint es schlüssig, in einer verständnisfördernden Kommunikation zuerst die Beobachtungen ohne Bewertungen und Interpretationen zu schildern, um möglichst rasch zu einem gemeinsamen Modell der auslösenden Situation zu kommen. Diese Gedanken und andere Arbeiten, etwa zur Behinderung der psychischen Heilung durch Diagnosen und Klassifikationen (z.B. Albee, 1969), sowie die eigenen Erfahrungen Rosenbergs, dass Bewertungen und Diagnosen im zwischenmenschlichen Kontakt die Verbindung stören und eine gemeinsame Konfliktlösung erschweren, führten laut Little (2005) dazu, dass Rosenberg die bewertungsfreie Beobachtung in der GFK als ersten essenziellen Schritt formulierte.

2.3.3.2 Gefühle

Nachdem im ersten Schritt die auslösende Situation bewertungsfrei beschrieben wurde, sind im Modell der GFK nun im zweiten Schritt die Gefühle zu benennen, wie die Situation emotional erlebt wurde (Rosenberg, 2008). Die Benennung bzw. Offenbarung der eigenen Gefühle bzw. das direkte Ansprechen der Gefühle des Gegenübers kann mit dem Erleben von Vulnerabilität einhergehen, trägt aber laut Rosenberg zur Lösung von Konflikt und zwischenmenschlichen Spannungen bei, auch wenn dies nicht weiter erläutert wird:

“Allowing ourselves to be vulnerable by expressing our feelings can help resolve conflicts.” (Rosenberg, 2003, S. 46)

Gefühle sind laut Sokolowski (2002) zu unterscheiden von Emotionen, Affekten und Stimmungen. Unter Emotionen sind tiefere psychische Prozesse zu verstehen, die der Bewertung und Verhaltensvorbereitung dienen. Affekte sind auf einen spezifischen Stimulus hin schnell anspringende emotionale Reaktionen, die eher heftig sind. Im Gegensatz dazu sind Stimmungen von geringer Intensität, dauern über längere Zeit an und sind unspezifisch im Auslöser. Die phänomenologische Komponente der Emotionen sind Gefühle, die also subjektiv für das Individuum erlebbar sind. Damit liegen den Gefühlen die Emotionen zugrunde.

Inhaltlich wird der Begriff Gefühl bzw. Emotion bis dato kontrovers diskutiert. Und auch wenn vermutlich trotz der Vielzahl der Studien nicht abschließend definiert werden kann, was unter Emotion exakt zu verstehen ist (Cacioppo & Gardner, 1999; Gross & Muñoz, 1995; Izard, 2007), lassen sich doch zwei dominante Richtungen der Beschreibung ausmachen (Marsh, 2013): Emotionen als distinkte Einheiten oder Emotionen als Ausprägungen auf Dimensionen. Basisemotionen, also qualitativ zu unterscheidende, distinkte Einheiten von Emotionen, basieren auf der Annahme, dass entsprechende neuronale Netzwerke für die Repräsentation und Aktivierung spezifischer Emotionen zuständig sind und dass dadurch das subjektive emotionale Erleben der Menschen entsprechend kategorial verläuft (Barrett, 2006; Dolan, 2002; Ekman, Levenson & Friesen, 1983). Dadurch könne auch anhand von Gesichtsausdrücken auf die basalen Emotionen geschlossen werden, die laut Ekman (1982) Ekel, Freude, Furcht, Traurigkeit, Überraschung und Wut umfassen (es bestehen natürlich alternative Konzepte von Basisemotionen, wie beispielsweise von Mowrer, 1960, oder Fehr & Russell, 1984). Starke Hinweise zur Erklärungskraft der Basisemotionen bezüglich Kognitionen und Verhalten konnten z.B. von Lench, Flo-

res und Bench (2011) nachgewiesen werden, was als Indiz für die Gültigkeit dieses Ansatzes gesehen werden kann.

Dagegen wird im zweiten Ansatz davon ausgegangen, dass sich Emotionen über Ausprägungen auf Dimensionen darstellen und darüber erklären lassen, zumeist mit den beiden orthogonalen Dimensionen bzw. core affects (Russell, 2003) Valenz (Bewertung des Stimulus in gut oder schlecht) und Arousal (Aktivität hoch oder niedrig) (Colibazzi et al., 2010). Daten über unterschiedliche Ergebnisse im Hautwiderstand bei Provokation unterschiedlicher Valenz-Arousal-Kombinationen werden als Indizien für die Gültigkeit dieses Ansatzes interpretiert (z.B. Bradley, Codispoti, Cuthbert & Lang, 2001). Sinnvoll ist bei der Betrachtung der Dimensionen sicherlich, dass prinzipiell ebenso viele positive wie negative Emotionen denkbar sind, während nur eine Emotion bei Ekman (s.o.) als eindeutig positiv angesehen werden kann. Auf eine sinnvolle Kombination der beiden Ansätze bleibt allerdings noch zu warten, auch wenn davon auszugehen ist, dass sich beide Ansätze durchaus ergänzen können (Izard, 2007).

In der GFK-Literatur selbst scheint allerdings weder eine klare Definition bzw. inhaltliche Umschreibung für Gefühle zu existieren (Bitschnau, 2008), noch ein Bezug zu theoretischen Erwägungen wie oben zu bestehen. Stattdessen wird häufig schlicht auf Listen mit Gefühlsworten verwiesen (z.B. Bitschnau, 2008; Bryson, 2009; Fritsch, 2008; Hahn, 2007; Holler & Heim, 2009; Pásztor & Gens, 2007; Rosenberg, 2005b, 2007b), wie sie in Abbildung 5 bzw. 6 dargestellt sind. Das steht im Kontrast zur besonderen Bedeutung der Gefühle in der GFK, die als Ebene der positiven zwischenmenschlichen Verbindung beschrieben werden (Rosenberg, 2006).

“Our repertoire of word for calling people names is often larger than our vocabulary of words to clearly describe our emotional states.” (Rosenberg, 2003, S. 37)

“In expressing our feelings, it helps to use words that refer to specific emotions, rather than words that are vague or general. For example, if I say, ‘I feel good about that,’ the word *good* could mean happy, excited, relieved, or a number of other emotions. Words such as *good* or *bad* prevent the listener from connecting easily with what we might actually be feeling.” (Rosenberg, 2003, S. 43, Hervorhebungen im Original)

AFFECTIONATE	CONFIDENT	GRATEFUL	PEACEFUL
compassionate	empowered	appreciative	calm
friendly	open	moved	clear headed
loving	proud	thankful	comfortable
open hearted	safe	touched	centered
sympathetic	secure		content
tender		INSPIRED	equanimous
warm	EXCITED	amazed	fulfilled
	amazed	awed	mellow
ENGAGED	animated	wonder	quiet
absorbed	ardent		relaxed
alert	aroused	JOYFUL	relieved
curious	astonished	amused	satisfied
engrossed	dazzled	delighted	serene
enchanted	eager	glad	still
entranced	energetic	happy	tranquil
fascinated	enthusiastic	jubilant	trusting
interested	giddy	pleased	
intrigued	invigorated	tickled	REFRESHED
involved	lively		enlivened
spellbound	passionate	EXHILARATED	rejuvenated
stimulated	surprised	blissful	renewed
	vibrant	ecstatic	rested
HOPEFUL		elated	restored
expectant		enthralled	revived
encouraged		exuberant	
optimistic		radiant	
		rapturous	
		thrilled	

Abbildung 5. Gefühlsworte, die den emotionalen Zustand erfüllter Bedürfnisse beschreiben, wie vom Center for Nonviolent Communication (CNVC, 2013a) veröffentlicht

Diese Listen sind keinesfalls einheitlich und scheinen vielmehr die persönliche Meinung der jeweiligen AutorInnen über mögliche Gefühlsworte widerzuspiegeln. Die Abbildungen zeigen die beiden Listen der Gefühlsworte, die vom Center for Nonviolent Communication (CNVC, 2013a) im Sinne Rosenbergs veröffentlicht wurden. Wieder wird deutlich, dass es in der GFK nicht um ein wissenschaftlich fundiertes Modell der Kommunikation geht, sondern um einen intuitiv eingängig beschriebenen, pragmatischen Vorschlag, wie Kommunikation vom Anwender gestaltet werden kann.

AFRAID apprehensive dread foreboding frightened mistrustful panicked petrified scared suspicious terrified wary worried	CONFUSED ambivalent baffled bewildered dazed hesitant lost mystified perplexed puzzled torn	EMBARRASSED ashamed chagrined flustered guilty mortified self-conscious	TENSE anxious cranky distressed distraught edgy fidgety frazzled irritable jittery nervous overwhelmed restless stressed out
ANNOYED aggravated dismayed disgruntled displeased exasperated frustrated impatient irritated irked	DISCONNECTED alienated aloof apathetic bored cold detached distant distracted indifferent numb removed uninterested withdrawn	FATIGUE beat burnt out depleted exhausted lethargic listless sleepy tired weary worn out	VULNERABLE fragile guarded helpless insecure leery reserved sensitive shaky
ANGRY enraged furious incensed indignant irate livid outraged resentful	DISQUIET agitated alarmed discombobulated disconcerted disturbed perturbed rattled restless shocked startled surprised troubled turbulent turmoil uncomfortable uneasy unnerved unsettled upset	PAIN agony anguished bereaved devastated grief heartbroken hurt lonely miserable regretful remorseful	YEARNING envious jealous longing nostalgic pining wistful
AVERSION animosity appalled contempt disgusted dislike hate horrified hostile repulsed		SAD depressed dejected despair despondent disappointed discouraged disheartened forlorn gloomy heavy hearted hopeless melancholy unhappy wretched	

Abbildung 6. Gefühlsworte, die den emotionalen Zustand unerfüllter Bedürfnisse beschreiben, wie vom Center for Nonviolent Communication (CNVC, 2013a) veröffentlicht

Mit Blick auf die Darstellungen oben können die Gefühlslisten der GFK verstanden werden als explizite Ausführungen der möglichen Kombinationen der Basisemotionen, die aber nur anhand der Dimension Valenz klassifizierbar sind: Gefühle, die auftreten, wenn Bedürfnisse erfüllt sind, werden als positiv betrachtet; Gefühle, die

auftreten, wenn Bedürfnisse nicht erfüllt sind, als negativ. Die einzige inhaltliche Einschränkung nach Rosenberg (1999) scheint darin zu bestehen, dass Gefühle im Sinne der GFK von einer Person direkt physisch erlebbar sind, womit nach Sokolowski (2002) Gefühle, Affekte und Stimmungen gemeint sein könnten. Ähnlichkeit hat diese Konzeption auch mit dem Begriff des emotion feeling (Izard, 2009), der ebenfalls die erlebte Komponente von Emotion umfasst und gleichzeitig als Einflussfaktor von Gedanken und Verhaltenstendenzen sowie als motivational und informational angesehen wird.

Die in der Psychologie vertretene Differenzierung der Emotionen von Kognitionen (Fulcher, 2003; LeDoux, 1989) spiegelt sich nur scheinbar in der Differenzierung der Gefühle von Gedanken in der GFK wider. Mit Gedanken sind in der GFK weniger Kognitionen im psychologischen Sinne (Anderson, 2001) als vielmehr Interpretationen, Analysen und Bewertungen gemeint, die als Ergebnisse evaluativer (emotionaler und kognitiver) Prozesse bewusstseinsfähig werden (Altmann, 2010). Gedanken sind damit in der GFK sehr breit gefasst, wiederum nicht theoretisch hinterlegt und eher darauf formuliert, durch die narrative Erläuterung anhand von Beispielen intuitiv eingängig, statt definitorisch scharf abgrenzbar zu sein.

So beschreibt beispielsweise der Satz „ich bin traurig“ eine Emotion bzw. ein Gefühl, das im Augenblick direkt körperlich spürbar ist. Im Gegenteil dazu spiegelt der Satz „ich habe das Gefühl, du betrügst mich“ vielmehr einen Gedanken bzw. eine Vermutung wider und ist als Gedanke weder direkt spürbar, noch letztlich emotional eindeutig: So kann bei dem Gedanken des Betrogen-Werdens die emotionale Seite Trauer, Wut, Angst, Unsicherheit, aber auch Erleichterung oder Entschlossenheit darstellen, sie ist aber offensichtlich nicht eindeutig. So stellt auch der Satz „ich fühle mich nicht verstanden“ eher einen Gedanken dar, auch wenn scheinbar eine Gefühlsäußerung angekündigt wird. Hier wird ebenso keine selbstreferenzielle Ich-Aussage (Altmann, 2010) geäußert (also eine Aussage einer Person über sich selbst mit Bezug auf sich selbst, wie etwa „ich bin glücklich“), sondern der interpretierende Gedanke mit Vorwurfscharakter „du verstehst mich nicht“. Solche als Gefühle ausgegebenen Gedanken werden häufig in der GFK als „Pseudogefühle“ (z.B. Bitschnau, 2008) bezeichnet. Diese sind häufig kovariat mit sogenannten sekundären Gefühlen (Bitschnau, 2008) wie beispielsweise Eifersucht oder Schuld.

Sekundäre Gefühle im Sinne der GFK sind Gefühle, die eine andere, typischerweise unterdrückte emotionale Basis haben. Es wird angenommen, dass z.B. Ärger oder

Wut entstehen können, wenn Hilflosigkeit oder Unsicherheit als primäres Gefühl nicht zugelassen werden. Ebenso können Eifersucht oder Schuld aus einer dahinterliegenden Unsicherheit oder einem emotionalen Schmerz stammen, der unterdrückt wurde. Gerade diese meist als verletzlich erlebten Gefühle sind es aber, die in der Konfliktlösung und gewaltfreien bzw. empathischen Kommunikation eine besondere Rolle spielen und wesentlich zur Klarheit und zum gegenseitigen Verständnis beitragen (Rosenberg, 2005a, 2007a). Daher ist der zweite Schritt – das Äußern der aktuellen Gefühle – ein sehr wesentlicher und die Differenzierung von Gedanken (und damit auch von Bewertungen, Interpretationen, Pseudo- oder sekundären Gefühlen) essenziell.

Laut Little (2005) orientierte sich Rosenberg bei der Entwicklung dieser Gedanken stark an den Arbeiten von Ellis (z.B. 1962), der in unlogischen oder irrationalen Denkmustern eine direkte Ursache für psychische Erkrankungen sah. Rosenberg stellte jedoch in der eigenen therapeutischen Arbeit fest, dass zwar die Eigenverantwortlichkeit, wie er sie aus der Arbeit Ellis' kannte, eine wichtige Komponente einer gelungenen Kommunikation ist, aber die Gefühle nicht allein aus den Gedanken, sondern vielmehr den Bedürfnissen des Menschen entstammen und somit sowohl für Gedanken und Gefühle, als auch die Bedürfnisse bewusst Eigenverantwortung übernommen werden muss (Rosenberg, 2006). Gefühle sind in der GFK also einerseits Informationen einer Erlebensebene, die zur Herstellung zwischenmenschlichen Verständnisses dienlich sein kann, und andererseits Indikatoren für erfüllte oder unerfüllte Bedürfnisse (Rosenberg, 1999, 2007c).

2.3.3.3 Bedürfnisse

Im dritten Schritt steht nun das Benennen der Bedürfnisse, die in der aktuellen Situation erfüllt oder unerfüllt sind. Die Bedürfnisse sind in der GFK der zentrale Punkt, da sie als Quelle des Fühlens und Handelns gesehen werden (Rosenberg, 2003). Sie sind die tiefste Ebene in Richtung der Erklärung menschlichen Verhaltens (wie Werte und Motive; Asendorpf & Neyer, 2012; Herzberg & Roth, im Druck), die im kommunikativen Prozess der GFK eruiert bzw. thematisiert werden.

“The third component of NVC entails the acknowledgment of the root of our feelings. NVC heightens our awareness that what others say or do might be the *stimulus*, but never the *cause*, of our feelings. We see that our feelings result from

Kapitel 2 – Theoretischer Rahmen

how we choose to receive what others say or do, as well as from our particular needs and expectations at that moment. With this third component, we are led to accept responsibility for what we do to generate our own feelings.” (Rosenberg, 2003, S. 49, Hervorhebungen im Original)

“Needs, as I use the term, can be thought of as resources that life requires in order to sustain itself. For example, our physical well-being depends on our needs for air, water, rest, and food being fulfilled. Our psychological and spiritual well-being is enhanced when our needs for understanding, support, honesty, and meaning are fulfilled.” (Rosenberg, 2012, S. 3)

Ähnlich den Gefühlen gibt es für Bedürfnisse in der GFK keine klare Definition, sondern eher Umschreibungen. Es wird auch hier auf Listen verwiesen (z.B. Fritsch, 2008; Hart & Kindle Hodson, 2006; Kashtan, 2005; Klein & Gibson, 2004; Oboth & Seils, 2008; Rosenberg, 1999, 2007d), die das Vokabular im GFK-Gebrauch bestimmen. Ein Beispiel dieser Listen ist in Abbildung 7 gegeben.

CONNECTION	CONNECTION continued	HONESTY	MEANING
acceptance	safety	authenticity	awareness
affection	security	integrity	celebration of
appreciation	stability	presence	life
belonging	support	PLAY	challenge
cooperation	to know and be known	joy	clarity
communication	to see and be seen	humor	competence
closeness	to understand and	PEACE	consciousness
community	be understood	beauty	contribution
companionship	trust	communion	creativity
compassion	warmth	ease	discovery
consideration	PHYSICAL WELL-BEING	equality	efficacy
consistency	air	harmony	effectiveness
empathy	food	inspiration	growth
inclusion	movement/exercise	order	hope
intimacy	rest/sleep	AUTONOMY	learning
love	sexual expression	choice	mourning
mutuality	safety	freedom	participation
nurturing	shelter	independence	purpose
respect/self-respect	touch	space	self-expression
	water	spontaneity	stimulation
			to matter
			understanding

Abbildung 7. Liste der Bedürfnisse gemäß dem Center for Nonviolent Communication (CNVC, 2013b)

Um das Bedürfniskonzept der GFK einordnen zu können, kann auf Murray (1938) verwiesen werden. Er vertrat die Auffassung, das Individuum als komplexen Organismus anzusehen, der dynamisch auf eine spezifische Umwelt reagiert. In der Interaktion mit dieser Umwelt erlebt der Organismus sein Inneres als Bedürfnisse, die handlungsleitend sind. Murray formulierte entsprechend eine Reihe von Bedürfnissen, wie etwa Geselligkeit, Autonomie, Dominanz, Bewunderung, Schmerzvermei-

dung, Fürsorglichkeit, Ordnung, Sex, Spiel, Unterstützung und Verständnis. Diese frühe Fassung von Bedürfnissen ist der Konzeption der GFK von Rosenberg sehr ähnlich. Wie bei Murray sind auch in der GFK Bedürfnisse als innere, individuelle Prozesse zu verstehen, die in Wechselwirkung mit der Umwelt provoziert werden und einfache bis komplexe Verhaltensweisen (von primitiver Nahrungsbeschaffung bis zu kulturellen Errungenschaften) erklären können. Im Unterschied zu Murray gilt der Fokus bei Rosenberg nicht der Beschreibung von Persönlichkeit, sondern der Erklärung des Verhaltens und der Emotionen in der konkreten Situation. Daher gilt das Machtbedürfnis nach Murray (vgl. auch Friedman & Schustack, 2004) z.B. nicht zu den Bedürfnissen der GFK, da dies eher einer dispositionellen Komponente von Persönlichkeit entspricht.

Konkreter gefasst können Bedürfnisse als Mangelzustände beschrieben werden (Hull, 1943), die situativ auftreten und nach Asendorpf (2005) Verhalten zur Wiederherstellung des Gleichgewichts im Ist-Soll-Wertvergleich (z.B. Ist-Wert = Hunger, Soll-Wert = Sättigung) anregen. Bedürfnisse werden also aktiv, wenn ein Soll-Wert vom Ist-Wert wahrnehmbar abweicht. Sie sind damit für die persönliche Entwicklung und das Wohlbefinden essenzielle Faktoren (Deci & Ryan, 2000). Durch die stark physiologische Orientierung des Bedürfniskonzepts bei Asendorpf (2005) kann zwar auch Abwechslung als Bedürfnis gefasst werden, da es reduzierbar ist auf Deprivation bzw. mangelnde neuronale Stimulation. Höhere Bedürfnisse, wie sie bei Maslow (1943) beschrieben wurden, sind damit aber schwerlich abdeckbar. Ähnlich ist bei Grawe (2002) beschrieben, dass der Organismus durch einen Mangel an Bedürfniserfüllung durch die daraus resultierenden aversiven Emotionen zum Verhalten stimuliert wird. Grawe formulierte aber klarer als Asendorpf auch psychologische Grundbedürfnisse, die über die rein physiologische Sicht auf Bedürfnisse hinausgehen, nämlich Kontrolle/Orientierung, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung. Bedürfnisse in der Konzeption der GFK können damit verstanden werden als individuell erlebte Mangelzustände, die physiologischer (z.B. Nahrung) oder psychologischer Natur (z.B. Bindung) sein können, situativ bestehen und durch die Auslösung aversiver Emotionen zu bedürfniserfüllendem Verhalten anregen.

Zur Ausformulierung der Bedürfnislisten in der GFK waren laut Little (2005) die Arbeiten Maslows (vgl. z.B. Maslow, 1943, 1954, 1955) für Rosenberg grundlegend und rückten die Bedürfnisse insgesamt in den Mittelpunkt des Modells. In Übereinstimmung mit Maslow liegt auch in der GFK der Fokus zumeist auf den unerfüllten Bedürfnissen, die den Menschen zu Verhalten motivieren. Anders als Maslow geht

Rosenberg (z.B. 2006) jedoch nicht davon aus, dass Bedürfnisse hierarchisch aufgebaut sind, sondern gleichwertig nebeneinander stehen. Er selbst erwähnt außerdem explizit die Arbeit von Max-Neef (z.B. 1991), der ursprünglich diese neun Bedürfnisse als grundlegend und universal beschrieb:

- Identity (Einzigartigkeit, Selbstverortung im sozialen Umfeld),
- Freedom (Abwesenheit von Fremdbestimmung, innerem und äußerem Druck oder Zwang),
- Participation (Beteiligung am gemeinsamen Leben, Mitgestaltung der Umwelt, Gemeinschaft),
- Idleness (Muße, Erholung, Entspannung im Dienste der Gesundheit),
- Creativity (kreatives Schaffen, Potentialentfaltung),
- Subsistence (Überleben, Sicherung der Existenz, Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit),
- Understanding (Verständnis der Phänomene und Ereignisse der Umwelt und der Handlungen anderer),
- Protection (Schutz, Sicherheit: physisch, politisch, wirtschaftlich),
- Affection (Zuneigung, Liebe: Nächstenliebe, Geschwisterliebe, partnerschaftliche Liebe).

Diese Liste Max-Neefs trug wesentlich zur Formulierung der Bedürfnisse im GFK-Gebrauch bei, da sie als Basis verwendet wurde, die weniger in theoretischer Auseinandersetzung und eher durch Reflexion der Erfahrungen in der praktischen Anwendung der GFK in Beratung und Seminaren erweitert und verändert wurde. Die aktuelle Liste der Bedürfnisse laut CNVC (2013b) ist in Abbildung 7 dargestellt. Dabei sind Bedürfnisse stets positiv, allgemein bzw. abstrakt und unabhängig von bestimmten anderen Menschen sowie unspezifisch bezüglich Raum und Zeit formuliert, wie beispielsweise Erholung, Autonomie, Wertschätzung.

Bedürfnisse werden in der GFK differenziert von Strategien (Altmann, 2013b; Bitschnau, 2008; Rosenberg, 2003), die spezifischere Umsetzungen von Bedürfnissen darstellen, wie beispielsweise „eine Woche am Strand liegen“ als Strategie für Erholung, „eine eigene Wohnung anmieten“ als Strategie für Autonomie oder „ein Kompliment machen“ als Strategie für Wertschätzung. Dabei gelten die Prinzipien der Äquifinalität und Äquipotenzialität (vgl. Abbildung 8; Pervin, 2001): Eine Strategie kann potenziell mehrere Bedürfnisse erfüllen bzw. Ausdruck unterschiedlicher Bedürfnisse sein (z.B. kann die Strategie, auswärts zu essen, die Bedürfnisse z.B. nach Erholung, Leichtigkeit, Genuss, Gemeinschaft oder Kontakt erfüllen) und ein Bedürfnis kann von mehreren Strategien erfüllt werden bzw. ein Bedürfnis kann zu verschiedenen Verhaltensweisen führen (z.B. kann das Bedürfnis nach Kontakt erfüllt

werden durch die Strategien auswärts essen gehen, ein Kinobesuch, Freunde treffen oder mit der Familie telefonieren).

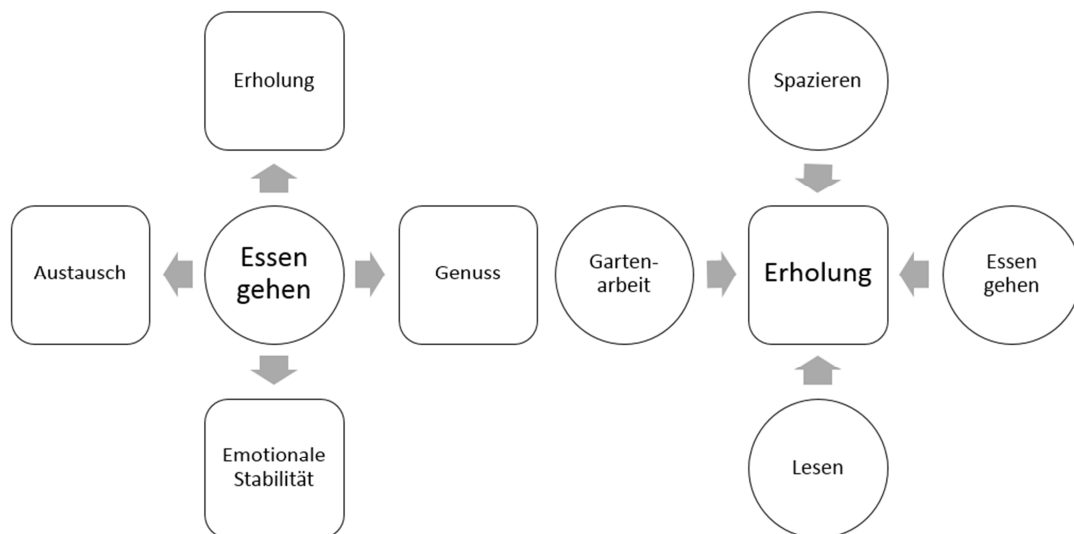


Abbildung 8. Prinzipien Äquifinalität und Äquipotenzialität: eine Strategie kann mehrere Bedürfnisse erfüllen und ein Bedürfnis von mehreren Strategien erfüllt werden

Während Strategien kulturspezifisch bzw. kulturtypisch ausgeprägt sind, sind Bedürfnisse als solche universal, also in allen Menschen aller Kulturen existent, auch wenn sich natürlich die Häufigkeit und Intensität der Erfüllung oder Nichterfüllung stark unterscheidet. Daher wird die GFK auch in internationalen bzw. interkulturellen Konflikten eingesetzt (Blake, 2002; Klappenbach, 2006; Rosenberg, 2004; UNESCO, 2002). Ausschlaggebend dafür, die GFK als Konfliktlösungsinstrument einzusetzen, ist dabei die grundlegende Prämisse, dass Bedürfnisse stets miteinander harmonisierbar sind. Konflikte bestehen demnach nur auf Ebene der Strategien und auch nur dann, wenn an bestimmten, nicht miteinander zu vereinbarenden Strategien festgehalten wird (Manning & Connor, 2006).

So besteht beispielsweise ein Konflikt, wenn in einem Krankenzimmer im Krankenhaus eine Person fernsehen und die andere schlafen möchte. Löst sich beispielsweise erstgenannte Person von ihrer primären Strategie, kann sie dem Bedürfnis nach Abwechslung auch durch Schauen eines Films auf einem Laptop mit Kopfhörern nachkommen, oder sie kann die andere Person mit einer entspannenden Fantasiereise zur Entspannung verhelfen und dabei gleichzeitig dem Bedürfnis nach Abwechslung nachkommen.

Erst nach dem Lösen von der primären Strategie, mit der man den eigenen Bedürfnissen nachkommen will, und dem Fokussieren des dahinterliegenden Bedürfnisses kann man neue Strategien finden, die gleichzeitig auch die Bedürfnisse anderer beteiligten Personen erfüllen (Holler & Heim, 2009; Manning & Connor, 2006; Rosen-

berg, 2005a). Da Bedürfnisse als stets vereinbar definiert sind, ergibt sich die Frage einer Konfliktlösung immer durch Klarheit auf der Bedürfnisseebene und Ausdauer bei der kreativen Suche auf der Strategieebene, um Strategien zu finden, die alle Bedürfnisse erfüllen (Rubenstein, 2001). Diese Herangehensweise entspricht im Wesentlichen dem im Harvard-Konzept (Fisher, Ury & Patton, 2009) aufgestellten Prinzip, dass hinter den konkreten Positionen (im Konflikt meist nicht klar benannte) Interessen liegen, die, sobald diese fokussiert wurden, ermöglichen, sich von den Positionen zu lösen und neue, gemeinsame Verhaltensweisen zu verhandeln, die die Interessen aller Beteiligten erfüllen (Altmann & Bastine, 2013; Fisher et al., 2009; Lum, 2005; Ury, 2000, 2009).

“The more we are able to connect our feelings to our own needs, the easier it is for others to respond compassionately.” (Rosenberg, 2003, S. 51)

“It has been my experience over and over again that from the moment people begin talking about what they need rather than what’s wrong with one another, the possibility of finding ways to meet everybody’s needs is greatly increased.” (Rosenberg, 2003, S. 54)

2.3.3.4 Bitten

Im vierten und letzten Schritt der GFK, der Äußerung einer Bitte⁴, soll eine Strategie vorgeschlagen werden, die die in Schritt drei genannten Bedürfnisse erfüllen kann (Rosenberg, 2008). Dieser Schritt erfordert, einen Handlungsvorschlag in konkreten Verhaltensweisen zu formulieren, die positiv, spezifisch und umsetzbar sind. Die Aussage „ich bitte dich, mehr auf mich einzugehen“ ist unspezifisch und keine konkrete Verhaltensbeschreibung. Hier wird eher das Bedürfnis nach Empathie oder Kontakt noch einmal anders formuliert, statt eine konkrete Bitte zur Umsetzung des Bedürfnisses auszudrücken. Es bleibt unklar, was mit „auf mich eingehen“ genau gemeint ist und wie das konkret umgesetzt werden kann. Nimmt die andere Person diese unklare Formulierung als Bitte an, übernimmt sie damit auch die Verantwortung, diese abstrakte Aufforderung in konkretes Verhalten zu übersetzen, was dem Prinzip widerspricht, dass jeder Mensch die Eigenverantwortung trägt für die Erfül-

⁴ Der vierte Schritt der GFK, die Bitte, ist für die Entwicklung des Trainingsprogramms dieser Studie nicht von großer Bedeutung und wird daher hier nicht ausführlich beschrieben. Die Bitte ist ein notwendiger und bedeutsamer Bestandteil z.B. in der Konfliktlösungsarbeit; für die Fokussierung auf Empathie und Selbstempathie ist dieser Schritt aber nicht essenziell (Rosenberg, 2012).

lung der eigenen Bedürfnisse (Rosenberg, 2012). Eine Bitte im Sinne der GFK könnte so lauten: „Ich bitte dich, wenn du nach der Arbeit nach Hause kommst, eine halbe Stunde mit mir im Wohnzimmer zu sitzen und mir zuzuhören, was ich am Tag erlebt habe.“

“(...) we request what we *are* requesting rather than what we *are not* requesting. (...) [There are] two problems commonly encountered when requests are worded in the negative. People are often confused as to what is actually being requested, and furthermore, negative requests are likely to provoke resistance.” (Rosenberg, 2003, S. 67, Hervorhebungen im Original)

“In addition to using positive language, we also want to word our requests in the form of concrete actions that other can undertake and to avoid vague, abstract, or ambiguous phrasing. A cartoon depicts a man who has fallen into a lake. As he struggles to swim, he shouts to his dog on shore, 'Lassie, get help!' In the next frame, the dog is lying on a psychiatrist's couch. We all know opinions vary as to what constitutes 'help': some members of my family, when asked to help with the dishes, think 'help' means supervision.” (Rosenberg, 2003, S. 69)

Eine Bitte unterscheidet sich von einer Forderung darin, wie die Reaktion auf ein „Nein“ auf die Bitte ausfällt (Rosenberg, 2008). Als Beispielbitte sei formuliert: „Kannst du bitte jetzt diesen Text für mich übersetzen?“ Erhält der Bittende nun ein „Nein“ als Antwort, kann er mit gewaltvoller Sprache antworten, wie beispielsweise mit „Das ist mal wieder typisch, nie machst du mal was für mich.“ Dadurch wird deutlich, dass das Nein nicht akzeptiert wurde und es eigentlich keine Bitte, sondern eine Forderung gewesen ist.

“Our requests are received as demands when others believe they will be blamed or punished if they do not comply. When people hear a demand, they see only two options: submission or rebellion. Either way, the person requesting is perceived as coercive, and the listener's capacity to respond compassionately to the request is diminished.” (Rosenberg, 2003, S. 79)

Der Gebetene kann daher laut Rosenberg darauf eigentlich nur mit Unterwerfung (der Forderung trotz innerer Abwehr nachkommen: „Na gut, ich mach's“) oder mit Rebellion (Forderung ignorieren oder abwehren: „Du kannst dich auf den Kopf stellen, ich werde es nicht machen“) reagieren. Antwortet der Bittende dagegen auf das Nein mit Empathie und fragt, was den Gebetenen davon abhält, der Bitte nachzukommen, wurde das Nein akzeptiert. Die Anfrage ist damit tatsächlich eine Bitte im Sinne der GFK gewesen. Der Gebetene kann nun wiederum antworten, was ihn vom Erfüllen der Bitte abhält, was wiederum eine gemeinsame Lösungssuche ermöglicht und verbindungserhaltend bzw. verbindungsherstellend ist (Kök, 2007). Die Bitte spiegelt damit auch die Grundhaltung der GFK insgesamt wider, da eine

erfüllende Begegnung zwischen zwei Menschen auf Augenhöhe nur dann stattfinden kann, wenn jeder die Eigenverantwortung für die eigenen Gefühle und Bedürfnisse übernimmt und gleichzeitig im Bewusstsein der gegenseitigen Interdependenz handelt (Rosenberg, 2006).

“My belief is that, whenever we say something to another person, we are requesting something in return. It may simply be an empathic connection – a verbal or nonverbal acknowledgment (...) that our words have been understood. Or we may be requesting honesty: we wish to know the listener’s honest reaction to our words. Or we may be requesting an action that we hope would fulfill our needs. The clearer we are what we want back from the other person, the more likely it is that our needs will be met.” (Rosenberg, 2003, S. 74)

2.3.4 Exkurs: Das Empathieverständnis in der Gewaltfreien Kommunikation

In der GFK besteht eine spezifische Auffassung von Empathie, die von der gängigen Sichtweise der Psychologie abweicht und hier der Vollständigkeit halber auch beschrieben wird. Empathie wird in der GFK laut Rosenberg (z.B. 2008) verstanden als einfühlsames Verstehen. Der Begriff Empathie wird also genutzt, um den kommunikativen Prozess als u.a. aufmerksam, achtsam und bewusst bzw. intentional zu charakterisieren, anstatt die innerpsychischen Prozesse z.B. im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals (sensu Asendorpf & Neyer, 2012) zu beschreiben. Empathie ist hier also vielmehr als Haltung im zwischenmenschlichen Kontakt zu verstehen.

“Empathy: emptying our mind and listening with our whole being.” (Rosenberg, 2003, S. 91)

Es gilt dabei, Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse der anderen Person aufzubauen, allerdings ohne sich von diesen Gefühlen emotional anstecken zu lassen, also ohne dasselbe zu fühlen, wie die andere Person. Gefühle werden verstanden und die Sicht der anderen Person adaptiert, um dieses Verständnis zu erlangen, aber die Selbst-Andere-Differenzierung (Batson, 1997; Corcoran, 1982) bleibt bewusst bestehen.

“Empathy is a respectful understanding of what others are experiencing.” (Rosenberg, 2003, S. 104)

“If I have strong feelings in me, just being conscious of them is sympathy, not empathy. So, if I (...) had said, ‘Boy, I feel sad when you say that,’ that would have been sympathy, not empathy. (...) With empathy, we’re with the other person’s feelings. That doesn’t mean we feel their feelings. We’re just with them while

they are feeling those feelings.” (Rosenberg, 2012, S. 69)

“With empathy, I’m fully *with* them, not full *of* them.” (Rosenberg, 2012, S. 72, Hervorhebungen im Original)

Im Sinne des Empathie-Prozessmodells (EPM; vgl. Kapitel 2.1.2) kann dieses Empathieverständnis eingeordnet werden als intensiv auf die kontrollierte Elaboration des mentalen Modells (Phase 2 des EPM) als eine Möglichkeit der intentionalen Steuerung der Antwort (Phase 4 des EPM) konzentriert. Die GFK nutzt den Empathiebegriff damit eigentlich eher dazu, eine bestimmte Art des Umgangs mit Empathie zu beschreiben, statt das Phänomen in seinem Zustandekommen selbst zu erläutern.

Es erscheint daher auch schlüssig, dass das Mitfühlen der Emotionen der anderen Person eher negiert und stattdessen die Selbst-Andere-Differenzierung in den Mittelpunkt gerückt wird (Rosenberg, 2005a). Dieses Konzept von Empathie geht auf die Arbeiten von Rogers (z.B. Rogers, 1951, 1957, 1967b, 1975; vgl. Bitschnau, 2008; Rosenberg, 2003, 2006) zurück. Demnach ist Empathie als Gesprächsvariable zu sehen, die intentional eingesetzt wird: „to sense the client's private world as if it were your own, but without ever losing the ‘as if’ quality“ (Rogers, 1957, S. 99). Empathie wird außerdem in der GFK – und mit den obigen Darstellungen des Empathieverständnisses der GFK ist dies konsistent – als Bedürfnis formuliert (Bitschnau, 2008; CNVC, 2013b; Kashtan, 2005; Rosenberg, 1999, 2006), was im starken Kontrast zur Empathiedefinition als Persönlichkeitsmerkmal steht. Dem Bedürfnis nach Empathie beim anderen kann mit verschiedenen Verhaltensweisen (Terminus der GFK: Strategien) nachgekommen werden, die dem Empathieverständnis der GFK entsprechen: bewusste / intentionale, aufmerksame, achtsame Gesprächsbereitschaft z.B. durch aktives Zuhören mit dem Fokus auf den vier Ebenen, besonders auf die Gefühle und Bedürfnisse des anderen.

Empathie im Sinne der GFK bedeutet daher in der Interaktion, den Fokus bei der anderen Person zu belassen (wie in der Phase 4 im EPM beschrieben). Damit einher geht auch, dass die Gefühle und Bedürfnisse der eigenen Person vorübergehend nicht beachtet werden bzw. zumindest in der Interaktion vorübergehend nicht eingebracht werden. Durch die ausschließliche Konzentration auf die andere Person soll das Herstellen des Verständnisses für sie vereinfacht werden. Dieses Verständnis sollte nun laut Rosenberg (2003) der anderen Person zurückgemeldet werden, damit diese die Rückmeldung mit dem eigenen Erleben abgleichen und korrigieren kann. Ziel ist die vollständige Zustimmung der anderen Person zu dieser Rückmel-

dung, sprich, dass sie sich vollständig (natürlich nur vollständig bezogen auf ein begrenztes Thema) verstanden fühlt. Ist dieses durch Rückmeldung validierte Verständnis erreicht, stellt sich laut Rosenberg (1999) meist eine beidseitige Entspannung ein. In der Konfliktarbeit mithilfe der GFK wird das Erreichen dieses Verständnisses (und die begleitende Entspannung) als der wichtigste positive Wendepunkte auf dem Weg zur Konfliktlösung beschrieben (Obboth & Seils, 2008). Aggression kann mit der GFK erklärt werden als Emotion bei wiederholter Frustration durch wiederholt nicht erfüllte Bedürfnisse. Daher kann sich Aggression lösen, wenn dem unerfüllten Bedürfnis dahinter Verständnis entgegengebracht wird.

Bedeutsam ist hier auch die Unterteilung in die oben beschriebene Empathie für andere und Selbstempathie (Fritsch, 2008). Selbstempathie bedeutet, den empathischen Prozess im Sinne der GFK mit sich selbst auf sich selbst anzuwenden. Dabei gilt es also, sich selbst zuzuhören und aufmerksam zu sein, um bezüglich der eigenen Anliegen und Schwierigkeiten (innere Konflikte, Konflikte mit anderen) für sich selbst innere Klarheit zu schaffen: Was genau ist eigentlich passiert (Beobachtungen)? Wie erlebe ich die Situation (Gefühle), worum geht es mir eigentlich und was ist in dieser Situation für mich nicht erfüllt (Bedürfnisse)? Worum kann mich oder andere bitten, um diesen Bedürfnissen nachzukommen (Bitten)? Ist diese innere Klarheit erreicht, fällt es leichter, gewaltfrei in den Kontakt mit anderen zu gehen, was wiederum die Chancen erhöht, einen gemeinsamen Weg zu finden, der alle Bedürfnisse erfüllt (Rosenberg, 2005a). Selbstempathie steht also in keiner direkten Relation zum Empathiebegriff, wie er in Kapitel 2.1 dargestellt wurde, und ist eine für die GFK spezifische Konzeption. In diesem Sinne wird der Begriff Selbstempathie in dieser Arbeit verwendet.

Rückblickend auf die Auseinandersetzung zur Theorie und Definition der Empathie in Kapitel 2.1.1 kann man die Empathie in der GFK verstehen als intentional einge-setzte Fertigkeit, primär in der Methode der kognitiven Perspektivübernahme mit emotionalem Fokus und mit Betonung des Interaktionsmusters aus Rückmeldung und Reflexion. Empathie beschreibt in der GFK also nicht das Persönlichkeitsmerk-mal, sondern nutzt den Begriff zur Beschreibung eines bestimmten Musters im Kommunikationsprozess zwischen zwei Personen. Empathie im Sinne der GFK kann also mit dem Empathie-Prozessmodell (EPM; Kapitel 2.1.2) verstanden werden (wie oben beschrieben) als Reflexion und Elaboration des mentalen Modells, um eine kontrollierte Antwort mit Fokus auf den anderen zu generieren. Es stellt damit einen Spezialbereich aus dem Phänomenkomplex Empathie dar: Ähnlich wie die Fer-tigkeit des logischen Schließens mit dem Fokus auf der aristotelischen Logik im Be-

reich der Intelligenz, ist die Empathie im Sinne der GFK die Fertigkeit der Reflexion und Elaboration des mentalen Modells in einer intentionalen Antwort mit dem Fokus auf den Gefühlen und Bedürfnissen des anderen im Bereich der Empathie.

Damit wird die beispielsweise bei Hogan (1969) oder Angera und Long (2006) beschriebene Fähigkeit vorausgesetzt, zu verstehen, was ein anderer denkt, sich in dessen Lage zu versetzen und intellektuell den Zustand des anderen nachzuvollziehen, ohne dessen Emotionen selbst zu empfinden. Empathie im Sinne der GFK ist also eine auf dieser Fähigkeit aufbauende, erlernbare Fertigkeit, ein erlernbares Interaktionsmuster, und ist damit der kurzfristigen Veränderung durch Interventionen wie Trainings zugänglich. Dieses Empathieverständnis ist damit der Perspektivübernahme ähnlicher als der Empathie, wie sie in der Psychologie diskutiert wird, und bildet damit nur einen Teil des empathischen Prozesses ab, wie er beispielsweise im EPM beschrieben wurde (vgl. Kapitel 2.1.2). Da das Empathiekonzept der GFK voll im EPM aufgeht, wird als Definition von Empathie weiterhin das EPM genutzt.

2.4 Die Trainierbarkeit von Empathie

Die individuelle Ausprägung an Empathie durch Trainings (im Sinne des psychologisch-educativen Trainings; Altmann, 2013c) zu verändern, ist eine Herangehensweise, die mittlerweile nicht nur sehr verbreitet ist, sondern quasi eine eigene Tradition hat (Feshbach, 1975; Stepien & Baernstein, 2006). Die Wirksamkeit von Empathietrainings hat Butters (2010) in einer umfangreichen Metaanalyse deutlich nachweisen können. Alle 24 Studien erzielten insgesamt betrachtet eine relativ hohe positive Effektstärke von $g=0.911$, wobei ein publication bias laut Butters ausgeschlossen werden kann⁵.

Die bei Trainings dieser Art gesetzte Prämisse, dass Empathie durch kurzfristige In-

⁵ Es zeigten sich keine bedeutsamen Moderatoren dieses Ergebnisses wie Trainingsmethode oder Setting, abgesehen von der Messmethodik: Effekte der Messungen mit Fremdbeurteilungen in testähnlichen Situationen liegen etwa viermal höher als Messungen mit Selbstbeurteilungen, was laut Butters (2010) über die Leistungssteigerung durch soziale Erwünschtheit in einer testähnlichen Situation erklärt werden kann. Die Selbstbeurteilung ist damit als die konservativere Schätzung anzusehen.

erventionen veränderbar ist, impliziert, dass Empathie nicht in Sinne eines (mindestens mittelfristig stabilen) Temperamentsmerkmals konzipiert wird, sondern der Fokus auf den Aspekten der Fertigkeit und des Interaktionsmusters liegt, die eingeübt und als Kompetenzen entwickelt werden können (vgl. Kapitel 2.1.1). Diese Differenzierung wird besonders relevant, wenn beispielsweise Empathietrainings im Strafvollzug für StraftäterInnen z.B. nach Gewaltverbrechen durchgeführt werden. Hier ist die Idee nachvollziehbar, dass eine erhöhte Empathie die Einsicht in die Lage der Opfer erhöht und damit weitere Taten verhindert werden können (Jolliffe & Farrington, 2004). Da zwar Empathie in der Messung als Temperamentsmerkmal operationalisiert wird, aber durch kurzfristige Interventionen nur die Fertigkeit und das Interaktionsverhalten verändert werden können, besteht hier leicht das Risiko einer Fehleinschätzung der Tiefe der Veränderung bei den TrainingsteilnehmerInnen (Hanson, 2003), worauf beispielsweise auch die Ergebnisse von Wastell, Cairns und Haywood (2009) hindeuten. Nichtsdestotrotz zeigen sich deutliche Veränderungen in den Empathiewerten auch in dieser Klientel (z.B. Janoka & Scheckenbach, 1978, vgl. in differenzierter Übersicht bei Day, Casey & Gerace, 2010, vgl. Metaanalyse von McGuire, 2008).

Positive Effekte lassen sich beispielsweise auch in der Paarberatung nachweisen (Halford et al., 2003), wobei hier der Zusammenhang zwischen der beim Partner erlebten Empathie mit der eigenen Partnerschaftszufriedenheit postuliert wird (Meeks, Hendrick & Hendrick, 1998). Besonders Long und Kollegen konnten wiederholt zeigen, dass Änderungen in der Empathie durch Trainings auch über mehrmonatige Zeiträume bestehen bleiben und sich positiv z.B. auf die Partnerschaftszufriedenheit auswirken (z.B. Angera & Long, 2006; Long, Angera, Carter, Nakamoto & Kalso, 1999). Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Trainings für Eltern (z.B. Guzzetta, 1976; Kane, Wood & Barlow, 2007) sowie Jugendliche und junge Erwachsene (z.B. Foubert & Newberry, 2006; Hatcher, Nadeau, Reynolds, Galea & Marz, 1994; Haynes & Avery, 1979; Manger, Eikeland & Asbjørnsen, 2001; Winefield & Chur-Hansen, 2000).

Eine besondere Rolle nehmen Empathietrainings in sozialen Berufen ein, beispielsweise bei SozialarbeiterInnen (z.B. Hen & Goroshit, 2011), bei ÄrztInnen (z.B. Harlak, Gemalmaz, Gurel, Dereboy & Ertekin, 2008; Krasner et al., 2009; Riess, Kelley, Bailey, Dunn & Phillips, 2012) und besonders bei KrankenpflegerInnen (z.B. Ancel, 2006; Cinar & Cevahir, 2007; Cutcliffe & Cassedy, 1999; Edwards, Peterson & Davies, 2006; Fatma, 2001; LaMonica, Wolf, Madea & Oberst, 1987; Nardi, 1990; Ozcan, Oflaz & Bakir, 2012; Taylor, Mamier, Bahjri, Anton & Petersen, 2009; Wik-

ström, 2001; Yates, Hart, Clinton, McGrath & Gartry, 1998). Letztere stehen im Fokus der hier vorliegenden Studie und werden daher ausführlicher betrachtet. Wie bereits einleitend in dieser Arbeit beschrieben, ist diese Berufsgruppe im ständigen Kontakt mit Menschen und deren Emotionen, wodurch starke Forderungen nach einem empathischen Umgang mit den Patienten entstehen (vgl. Kapitel 1). In der aktuellen Metaanalyse von Brunero, Lamont und Coates (2010) wurden die Empathietrainings bis dato in diesem Berufsfeld untersucht, wobei eine Auswahl von 17 Studien die (nicht außerordentlich strengen) Einschlusskriterien erfüllten. Die Ergebnisse sind im Gesamtbild positiv, auch wenn große Unterschiede in der Wahl der Trainings- und Messmethodik zwischen den Studien bestehen (vgl. auch Butters, 2010). Obwohl die Wahl der Trainingsmethodik keinen Einfluss auf die Höhe der Trainingseffekte zu haben scheint (was jedoch aufgrund der großen Vielzahl praktisch durch die resultierende geringe statistische Power quasi nicht nachweisbar sein dürfte), bringt dieser Umstand das Problem mit sich, dass eine klare Auseinandersetzung mit einem konkreten Konzept, das mehrfach evaluiert und in unterschiedlichen Settings getestet wurde, nicht möglich ist.

Es besteht also ein Desiderat hinsichtlich der Konsistenz der eingesetzten Konzepte in den Trainingsstudien, denn der Einsatz unterschiedlicher Trainingskonzepte erschwert eine vergleichende Evaluation. Würden häufiger dieselben, etablierter Konzept wie das nach Carkhuff (1969) oder das der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (1999) eingesetzt, wären direktere Aussagen über den methodisch wirksamen Einsatz möglich. Zurzeit ist das Feld jedoch von Heterogenität geprägt (Cunico, Sartori, Marognoli & Meneghini, 2012), was eine statistische Zusammenfassung und Effekteinschätzung erheblich erschwert und nur allgemeine Aussagen gefällt werden können, wie etwa, dass Empathietrainings allgemein eine Wirksamkeit in der Veränderung der Empathiewerte erzielen. Auch wenn eine hohe Einigkeit darin besteht, betont erfahrungsbasierte Techniken und Übungen einzusetzen, da hier die Wahrscheinlichkeit des Transfers erhöht wird (Delpier, 2006; Kraut-schild, Kaakinen & Rains-Warner, 2008), scheint eine statistische Einschätzung der Höhe der Effekte nicht möglich. Hierzu ist die Zahl der Studie gemessen an der hohen Unterschiedlichkeit der Methodik (des Trainings als auch der Evaluation) nicht ausreichend hoch. Prinzipiell kann also über Trainings ein positiver Effekt in der Veränderung der Empathiewerte der Teilnehmenden erzielt werden. Allerdings bleibt hierbei unklar, welche Methoden genau besonders geeignet sind.

Der Einfluss der Länge der Trainings (von sechs bis 105 Stunden Trainingszeit) scheint laut Brunero, Lamont und Coates (2010) u-förmig zu verlaufen: Während

sehr kurze und sehr lange Trainings nur geringe bis keine signifikanten Effekten zeigten, bestehen diese konsistenter für Längen zwischen 10 und 20 Stunden, wobei natürlich aufgrund der geringen Studienzahl keine genauen Angaben oder statistisch zuverlässige Schätzungen möglich sind. Die Studien, die keine signifikanten Trainingseffekte aufzeigen können, nutzten zumeist sehr lange Zeitspannen (Interventionen verteilt über Jahre), kleine Stichproben ($N < 20$) und/oder nicht etablierte Messmethoden (z.B. Fremdbeurteilung eines Video des Trainees durch Laien), wodurch u.a. die Problematik der statistischen Power signifikante Ergebnisse extrem erschwert. Die generell positiven Ergebnisse werden auch von aktuellen Studien gestützt, die signifikante Zuwächse in Empathiewerten, in der Tendenz zu empathischem Verhalten, in der Sensitivität für die Emotionen anderer bzw. in der Kompetenz im empathischen Umgang verzeichnen (z.B. Ozcan et al., 2012; Stiberg, Holand, Olstad & Lorem, 2012). Diese Ergebnisse zeigen sich ebenso in den Studien früherer Dekaden, wobei stets die Trainingsgruppe signifikant höhere Gewinne in der Empathie erzielt als die Kontrollgruppe (z.B. Anderson, 1980; Herbek & Yammario, 1990; Kalisch, 1971; Kuo, Cheng, Chen, Livneh & Tsai, 2012; Razavi et al., 2002; Wallston, Cohen, Struder-Wallston, Smith & DeVellis, 1978). Entsprechend berichten die Metaanalysen zu Trainings in Empathie für die Krankenpflegenden deren grundsätzlichen Erfolg (z.B. Cunico et al., 2012), auch wenn hier mitunter Handlungsbedarf in der Methodik besteht, um den Ansprüchen an Standardisierung, Orientierung an etablierten Konzepten, Verwendung von etablierten Skalen, Wiederholbarkeit und Nachvollziehbarkeit zu entsprechen.

Problematisch an diesen Studien bzw. Empathietrainings sind allerdings die folgenden Punkte. Zum einen erschwert eine Unstimmigkeit auf Ebene der Definition die Vergleichbarkeit. So sind die Interventionen typischerweise als relativ kurze Trainings konzipiert und damit per definitionem nur von geringem Einfluss auf mittel- bis langfristig stabilen Persönlichkeitsmerkmale wie Empathie. Daher kann – ob im Training explizit gemacht oder nicht – faktisch nur ein Verhaltensmuster bzw. eine Kommunikationstechnik erlernt werden, die als empathisch gilt. Dieses mit Empathie (im Sinne der allgemeinen Verhaltenstendenz) zu verwechseln, ist irrig und kann mitunter, wie beispielsweise bei SoziopathInnen, fatale Fehlannahmen zur Folge haben (etwa wenn SoziopathInnen Empathie erfolgreich vortäuschen können, da sie es als Kompetenz erlernt haben). Empathie als Kommunikationsmuster kann dagegen in kurzen Zeiträumen trainiert werden und sollte dann konsequenterweise auf einen spezifischen Bereich des Verhaltens angewandt werden: in der Krankenpflege z.B. die Interaktion mit den Patienten, in der Schule die Interaktion mit den Schülern im Einzelgespräch, im Betrieb die Interaktion mit den Mitarbeitern bei

Konfliktgesprächen.

Ein weiteres Problem ist, dass die meisten Trainings auf eine Brutto-Erhöhung der Empathie abzielen. Im Hinblick auf die Erläuterungen zum empathischen Kurzschluss in Kapitel 2.2 muss dies allerdings kritisch betrachtet werden. Eine Zunahme an Empathie muss ohne die Reflexion der Belastungsfaktoren durch ebendiese Empathie fast zwangsläufig zu einem erhöhten Risiko für kurzschlüssiges Verhalten führen. Es kann vermutet werden (auch wenn in dieser Arbeit nicht weiter vertieft), dass der Fokus dieser Trainings vielmehr das Selbstbild und den Selbstwert erhöhen, aber durch die fehlende Reflexion der Risiken kurzschlüssigen Verhaltens die Gefahr des EKS ebenso steigt. Damit einher geht das Defizit, dass in den Trainings der ausgleichende Faktor der Selbstempathie (vgl. Kapitel 2.3.4) praktisch nicht berücksichtigt wird. Damit Empathie besonders als kommunikative Methode bzw. Verhaltensmuster langfristig erfolgreich sein kann und nicht auf Kosten der empathischeren Person in der Interaktion geht, braucht es – abgeleitet aus der Konzeption des EKS – eine Balance zwischen der Empathie für das Gegenüber und der Empathie für die eigene Person. In der vorliegenden Studie wird versucht, diesen Punkten positiv nachzukommen, wie in Kapitel 3 dargestellt ist.

2.5 Trainings in Gewaltfreier Kommunikation

Nur wenige publizierte Studien setzten bis dato zum Training der Empathie die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg (z.B. 2008, vgl. Kapitel 2.3) ein. Im Bereich der Krankenpflege ist nach derzeitiger Recherche keine Studie mit diesem Fokus auffindbar, auch wenn für diese Kombination bereits zumindest theoretisch argumentiert wurde (Nosek, 2012). Die GFK erscheint allerdings besonders geeignet für Empathietrainings, da die Konzeption von Empathie in der GFK bereits sehr auf die erlernbaren Aspekte Fertigkeit und Interaktionsmuster ausgerichtet ist (vgl. Kapitel 2.3.4) und die GFK als Kommunikationsform per se auf eine empathische Haltung im Kontakt mit anderen zielt (Muth, 2010).

Eine quer- und längsschnittliche Studie wurde von Altmann (2010) durchgeführt, in der deutliche Unterschiede zwischen in der GFK Trainierten und Nicht-Trainierten hinsichtlich der folgenden Dimensionen festgestellt wurden:

- höhere (selbsteingeschätzte) Empathiefähigkeit,

- höhere Empathiewerte (gemäß GfK-Definition) mit höheren Werten der Selbstempathie und der Empathie für Andere,
- niedrigere externe Kontrollüberzeugungen hinsichtlich „mächtiger anderer“ (powerful others; Levenson, 1974),
- leichter Umgang mit negativen Gefühlen.

Diskriminationsanalytisch zeigte sich dabei, dass die kriteriale Zuordnung in Trainierte und Nicht-Trainierte bereits recht eindeutig anhand der individuellen Ausprägungen in der Variablen Selbstempathie nachvollzogen werden kann. Der häufig eher beiläufig behandelte Faktor der Selbstempathie scheint daher ein kritischer Punkt im Erlernen der GfK zu sein. Die längsschnittliche Trainingsevaluation eines viermonatigen Trainings bei Altmann (2010) konnte keine signifikant höheren Änderungen in der Trainingsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellen, was jedoch darüber erklärbar erscheint, dass die Trainingsgruppe aus Freiwilligen bestand, die sich jeweils selbst und unaufgefordert zum kostenpflichtigen Training angemeldet hatten. Durch die hohe Ähnlichkeit der TrainingsteilnehmerInnen bereits zum prä-Messzeitpunkt mit der Gruppe der Trainierten aus der parallelen querschnittlichen Untersuchung kann vermutet werden, dass hier starke Selektionseffekte und Deckeneffekte dominierten und eine Änderung in den Empathiewerten unmöglich machten.

In der Arbeit im Strafvollzug setzten Marlow et al. (2012) die GfK in einem achtwöchigen Training um, um den Einfluss auf das empathische Coping und die Kommunikationsfertigkeiten bei 19 männlichen bedingt Entlassenen zu untersuchen. Es zeigten sich positive Veränderungen in den quantitativen Maßen für Empathie und in der Anwendung der Perspektivübernahme im Alltag sowie eine stärkere Verbindung zu anderen Menschen und damit die Stärkung des sozialen Netzwerks in den qualitativen Daten.

Neben diesen beiden Untersuchungen, die an wissenschaftlichen Kriterien orientiert waren, wurden die meisten schriftlichen Fassungen zur GfK von PraktikerInnen für PraktikerInnen verfasst (Kök, 2007). Sie genügen daher zu meist nicht den wissenschaftlichen Standards der Evaluationsforschung und sind entsprechend nicht in der Fachliteratur veröffentlicht. Diese Arbeiten sind häufig Einzelfallstudien, nicht-standardisierte Untersuchungen oder anekdotische Erfahrungsberichte (vgl. CNVC, 2013c). Die Ergebnisse dieser Arbeiten seien anhand der folgenden Arbeiten exemplarisch zusammengefasst (in dieser Abfolge besprochen: Cox & Dannahy, 2005; Sach, 2008; Blake, 2002; Nash, 2007; Little, 2002; Little, Gill & Devic, 2007; Bitschnau, 2008).

Die Studie von Cox und Dannahy (2005) ist durch die extrem kleine Stichprobe ($N=3$) eigentlich eher als drei Einzelfallbetrachtungen anzusehen, deren Auswertung eher intuitiv geführt wurde. Hier wurde die GFK im Rahmen eines E-Mentoring-Programms eingesetzt und die Folgen für die TeilnehmerInnen untersucht. Als Ergebnis ist den Autoren zufolge zu konstatieren, dass die Verwendung der GFK zu einem leichteren Aufbau von Vertrauen auch in der sensorisch armen Interaktion über den PC geführt hat. Daher sei die GFK auch in solchen Situationen günstig einsetzbar, in denen der Beziehungsaufbau von starker Bedeutung, aber durch das Setting erschwert ist.

In einer qualitativen Arbeit hat Sach (2008) mit reformpädagogischen LehrernInnen zeigen können, dass durch die Auseinandersetzung mit der GFK Neugierde, aktive Beteiligung sowie die intrinsische Motivation geweckt wurde. Die Anwendung der GFK im schulischen Kontext wurde als möglich und attraktiv eingeschätzt. Als ähnlich aussagekräftig kann die Studie von Blake (2002) eingeschätzt werden. Es wurde eine Einführung in die GFK über 2 Tage bei Studierenden durchgeführt. Blake berichtet in ihrer Masterarbeit von keinen bedeutsamen Änderungen in den erhobenen Empathiemaßen, was aber durch fehlende Angaben von Signifikanzen oder auch nur Standardabweichungen schwer nachvollziehbar ist. Dagegen konnte sie nach einem Training der GFK im sozialen Dienst bereits nach einem Tag einen signifikanten Anstieg der Werte für Empathie für andere und Selbstempathie der Interventionsgruppe ($N=21$) im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellen. Ebenso positive Ergebnisse berichtet auch Nash (2007) nach einem zwei Jahre andauernden Projekt mit wöchentlichen Kursen für BetreuerInnen straffälliger Jugendlicher. Die TeilnehmerInnen veränderten ihre Art der Konfliktlösung von eher gewaltvoll zu eher gewaltlos, während die Kontrollgruppe zur post-Messung noch stärker zu gewaltvollen Lösungen neigte. In ähnlicher Weise konnte auch Little (2002; 2007) Effekte nachweisen. In Gruppen für Jugendliche in betreuten Institutionen wurden über mehrere Wochen GFK-Trainings durchgeführt. Empathie und die Kompetenz zur Konfliktlösung veränderte sich positiv und signifikant in der Interventions-, aber nicht in der Kontrollgruppe.

Sowohl quantitativ als auch qualitativ analysierte Bitschnau (2008) Erfahrene und Novizen der GFK. Hier wurden also Trainingseffekte nicht direkt gemessen (prä-post-Design), sondern querschnittlich Trainierte mit Nicht-Trainierten verglichen. Quantitativ zeigten sich Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich des Kohärenzgefühls (nach Antonovsky, 1997), aber nicht in der Resilienz (siehe Schumacher,

Leppert, Grunzelmann, Strauß & Brähler, 2005). Qualitativ berichtet Bitschnau bei Trainierten von den folgenden Tendenzen im Verhalten:

- als erfüllend erlebte Beziehungen werden eher intensiviert,
- als nicht erfüllend erlebte Beziehungen werden eher abgebrochen,
- eigene psychische Verletzungen erscheinen leichter bearbeitbar,
- eigene Bedürfnisse werden klarer wahrgenommen,
- Möglichkeiten der Erfüllung der Bedürfnisse erscheinen offensichtlicher,
- die eigene kommunikative Kompetenz, das Selbstbewusstsein und der Schutz der eigenen psychischen Gesundheit vor z.B. Burnout werden als gestärkt erlebt.

Insgesamt betrachtet bleibt also fraglich, inwieweit ein Training in der Anwendung der GFK auch bei den Teilnehmenden zu Veränderungen führt, wenn die Teilnahme nicht durch Selbstselektion entstanden ist. Davon abgesehen weisen GFK-Trainings typischerweise eine Veränderung in der Empathiefähigkeit im Sinne der Veränderung der kommunikativen Kompetenz auf, die besonders in Konflikten und in Interaktionen mit hohem emotionalem Gehalt zum Tragen kommt. Darüber hinaus deuten die Ergebnisse auf eine Vertiefung der Selbstreflexion und Stärkung der psychoemotionalen Ausgeglichenheit bzw. der seelischen Gesundheit hin. Diese Ergebnisse geben also Anlass zur Annahme, dass die Elemente des Konzepts der GFK wirksam eingesetzt werden können und eine wissenschaftliche Untersuchung der Wirkaspekte sinnvoll erscheint.

3 Gesamtkonzept und Vorannahmen zur Trainingsentwicklung

Im Folgenden wird die inhaltliche Synthese der theoretischen Darstellungen aus den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, woraus sich das Konzept der vorliegenden Studie ergibt (Kapitel 3.1). Daraus und darauf folgt die Präsentation der inhaltlichen Vorannahmen der Studie und damit zur Entwicklung des Trainingsprogrammes (Kapitel 3.2).

3.1 Synthese und Gesamtkonzept

Das Konzept der vorliegenden empirischen Arbeit ergibt sich direkt aus den in den Kapiteln 1 und 2 beschriebenen theoretischen Inhalten. Es kann angenommen werden, dass Empathie besonders für soziale Berufe von besonderer Bedeutung ist, da in diesen Berufsgruppen häufiger und intensiver zwischenmenschlicher Kontakt besteht, wobei stets Kontaktbereitschaft, emotionale Resonanz und Ansprechbarkeit erwartet werden. Die Auseinandersetzung mit den Emotionen anderer Personen hat daher einen besonders hohen Stellenwert und entsprechend hohen Anforderungscharakter (vgl. Kapitel 1). Empathie allgemein wurde definiert im Sinne des Empathie-Prozessmodell (EPM; vgl. Kapitel 2.1.2) als Prozess, in dem

- die Wahrnehmungen emotionaler Informationen
- kognitiv zu einer mentalen Repräsentation der emotionalen Situation der anderen Person verarbeitet werden und damit die Emotion und Situation der anderen Person erkannt und verstanden wird (Fähigkeit),
- daraus zur Situation der anderen Person passende parallele Emotionen ausgelöst werden (Persönlichkeitsmerkmal im Sinne der Verhaltenstendenz), wodurch die Relevanz und Intensität der Situation der anderen Person nach-

vollziehbar wird, und in der Folge

- eine Antwort mit Bezug auf oder in Verzerrung dieses Prozesses erfolgen kann (Fertigkeit), wobei die Art der Antwort die Interaktion charakterisiert (Interaktionsmuster).

Empathie im engeren Sinne kann verstanden werden als die automatische Tendenz (i.S. eines Persönlichkeitsmerkmal), aus der mentalen Repräsentation eigene empathische Emotionen zu generieren, die den Emotionen der beobachteten Person ähneln (in Abhängigkeit der Güte der mentalen Repräsentation). Damit wird alles Verhalten als „empathisch“ verstanden, sobald ein ausreichendes mentales Modell der emotionalen Situation der anderen Person aufgebaut wurde, sodass dadurch ein Minimum an empathischer Emotion im Sinne des EPM ausgelöst wurde.

Ausgehend von diesem Verständnis von Empathie wurde festgehalten, dass diese auch Risikofaktor sein kann, besonders wenn die negativen Emotionen einer anderen Person durch empathische Übertragung zur eigenen Belastung oder Überlastung werden. Der empathische Kurzschluss (EKS; vgl. Kapitel 2.2) wurde dabei als kurzfristig entlastende Art der Reaktion vorgestellt, die diese belastenden Interaktionen prompt beendet. Um die empathische Übertragung belastender Emotionen (z.B. Hilflosigkeit, Angst vor dem Tod) von einer anderen Person zu unterbinden und damit die eigene emotionale Stabilität zu schützen, kann kurzschlüssig reagiert werden, indem das Anliegen bzw. Bedürfnis der anderen Person negiert, invalidiert oder verzerrt wird. Diese zumeist nicht intentional angewandte Art der Reaktion hat eine kurzfristige Entlastung zur Folge, da durch die Negierung, Invalidierung oder Verzerrung keine Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit den belastenden Emotionen besteht.

Diese kurzfristige Entlastung durch Beenden der Empathie-Episode durch den EKS hat aber den Nachteil, dass bei beiden Personen durch die eigentlich unzulängliche Antwort des Helfenden eine latente Unzufriedenheit mit der Situation zurückbleibt. Diese Unzufriedenheit ist in dieser einen Situation nicht bemerkenswert, da für sich genommen nicht besonders folgenreich, und wird entsprechend nicht weiter bearbeitet. Die als Helfer angesprochene Person sammelt so aber über die Jahre der Tätigkeit immer mehr unaufgelöste Anspannungen aus unbefriedigenden Interaktionen. Die Kumulation derer kann langfristig zu diffusen Symptomen wie verstärktem Belastungserleben, Depressivität, Gereiztheit, Konfliktneigung, gesteigertem Stresserleben, Arbeitsunzufriedenheit, Burnout und psychosomatischen Beschwerden führen. Diese Symptome sind allerdings nicht spezifisch, wie andauernde Kopfschmerzen nach einem Auffahrunfall auf das dabei verursachte Schädel-Hirn-

Trauma rückführbar sind, sondern entstehen erst durch die Vielzahl der Frustrationen und sind nicht auf eine einzelne Situation oder einen einzelnen Auslöser rückführbar.

Das kurzschlüssige Verhalten ist vergleichbar mit der Fehlbelastung bei körperlicher Arbeit. Einem Pflegebedürftigen z.B. beim Waschen und Anziehen zu helfen erfordert immer wieder körperliche Kraft. Der Pflegende sollte daher konsequent auf eine korrekte Körperhaltung achten. Da dies jedoch anfangs mehr Zeit und Aufmerksamkeit und damit Energie kostet, ist die Tendenz hoch, sich eine kurzfristig schnellere, wenn auch langfristig ungünstigere Körperhaltung bei der Pflegearbeit anzugewöhnen. Die Folgen einer einzelnen Handlung mit ungünstiger Haltung sind jeweils für sich genommen nicht bemerkenswert, aber sie kumulieren über die Jahre zu gravierenden Schäden. Von einem ähnlichen Verlauf muss beim empathischen Handeln ausgegangen werden. Auch hier ist es durch die kurzfristige Entlastung verlockend, der Tendenz des geringsten Aufwands nachzugeben und die schnellere, kurzfristig einfachere Variante als Reaktion auf eine emotionale Belastung zu wählen. Wird diese ungünstige emotionale Haltung jedoch auf Dauer angewandt, kumuliert dies langfristig zu gravierenden Folgen für die eigene emotionale Balance und kann sich in oben genannten Symptomen niederschlagen.

Folglich sollte als Ziel in Empathietrainings nicht die reine Erhöhung der Tendenz zu empathischem Verhalten gesetzt werden (vergleichbar mit einem Krafttraining bezüglich der Körperhaltung), da durch mehr Empathie auch das Risiko für empathisch kurzschlüssiges Verhalten steigen würde (abgesehen von den definitorischen Schwierigkeiten, ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal mittels einer kurzfristigen Intervention zu verändern). Stattdessen wäre als Ziel günstiger, die individuelle Empathie sowie das eigene empathische Verhalten zu reflektieren. Statt einer Steigerung der Empathie per se ist somit der reflektierte Umgang mit Empathie, also die Reflexion der individuellen inneren Haltung in empathischen Interaktionen in dieser Studie im Fokus. Damit einher geht das Ziel der Vermeidung des EKS, um die negativen Konsequenzen beidseitig unbefriedigender Interaktionen zu minimieren und damit die helfende Person vor langfristigen emotionalen (Haltungs-)Schäden zu schützen.

Zur Umsetzung dieses Ziel ist das Erreichen folgender Teilziele notwendig:

- Reflexion des eigenen empathischen Handelns und Erkennen der Risiken des EKS, sowie
- Aufbau von erprobten Handlungsalternativen und deren Integration in den Arbeitsalltag.

Als Methode zur Zielerreichung wird die Anwendung von Elementen des in der Praxis genutzten Konzepts der Gewaltfreien Kommunikation (GFK; vgl. Kapitel 2.3) genutzt. Ausschlaggebend ist, dass in der GFK der Fokus auf der Gestaltung eines emotionalen und reflektierten, gleichzeitig effektiven und lösungsorientierten Kommunikationsmusters liegt (Bitschnau, 2008) und Empathie als innere Haltung im Kontakt mit anderen und sich selbst verstanden wird (Rosenberg, 2003). Empathie soll dabei also nicht als Persönlichkeitsmerkmal verändert werden, sondern das Bewusstsein für die Risiken einer unreflektierten Empathie (Risiko des EKS) geschaffen und Alternativen anhand praktischer und reflektierter Kommunikationsmethoden aufgezeigt werden. Dabei sind zwei Aspekte zu beachten: einerseits die reflektierte Empathie für das Gegenüber und andererseits die Selbstempathie.

Die Reflexion der Empathie für das Gegenüber wird im EPM erreicht, indem das mentale Modell fokussiert und über die Klärung mithilfe der GFK als Gesprächstechnik der Abgleich zwischen dem eigenen mentalen Modell und der real erlebten Situation des Gegenübers hergestellt wird, um die Genauigkeit (empathic accuracy; z.B. Ickes, 1993) zu erhöhen. Im Konzept der GFK sind vier Schritte bzw. Ebenen im Kontakt anzusprechen und zu klären (vgl. ausführliche Darstellung des Konzepts in Kapitel 2.3). Diese Ebenen sind

- 1) Beobachtungen – die Situation und Handlungen ohne Bewertungen beschreiben,
- 2) Gefühle – in der Situation ausgelöste Gefühle benennen,
- 3) Bedürfnisse – in der Situation erfüllte oder nicht erfüllte Bedürfnisse benennen, durch die die Gefühle ausgelöst wurden,
- 4) Bitten – konkrete Verhaltensweisen formulieren, wie die Bedürfnisse erfüllt werden könnten.

Dieses Konzept kann leicht in das EPM integriert und zur Explizierung des mentalen Modells genutzt werden. Das mentale Modell über die Situation des Gegenübers kann also als ausreichend angesehen werden, wenn der Beobachter vom Gegenüber versteht

- 1) was aus Sicht der anderen Person vorgefallen ist und wie deren momentane Lebenssituation jetzt konkret aussieht,
- 2) was sie fühlt, wie sie die Situation emotional erlebt,
- 3) welche Bedürfnisse hierbei erfüllt oder nicht erfüllt sind,
- 4) welche konkreten Wünsche sie hat zur Erfüllung der Bedürfnisse.

Ebenen zwischenmenschlichen Verständnisses über diese bestehenden Konzepte zu formulieren hat einerseits den Vorteil einer leichteren empirischen Überprüfung und trägt andererseits dazu bei, eine Herangehensweise zu entwickeln, die in der

Interaktion verschiedene Ebenen anspricht und bereits in der Praxis zur Anwendung kommt (UNESCO, 2002). Außerdem integriert der Ansatz der GFK verschiedene etablierte psychologische Aspekte, wie den der Aufmerksamkeit (Beobachtung), der Emotion (Gefühl), der Motivation (Bedürfnis) und der Interaktion (Bitte).

Von Bedeutung in der GFK und zur Reflexion des EKS im eigenen Handeln ist ebenso die Selbstempathie. Die Überlastung, die zu einem EKS führen kann, tritt eher auf, wenn keine innere Klarheit und Akzeptanz der eigenen Emotionen und Bedürfnisse besteht. Die Konfusion von eigenen Emotionen und den empathisch von einer anderen auf die eigene Person übertragenen Emotionen provoziert die kurzschlüssige Antwort zur Stabilisierung der eigenen emotionalen Situation (vgl. Kapitel 2.2). Eine Selbstklärung, die Akzeptanz und das Bewusstsein der eigenen Situation ermöglicht daher auch eher die Akzeptanz und reflektierte Empathie anderen gegenüber. Auch dazu bietet die GFK Ansatzpunkte und Konzepte, da sie sich zur Selbstreflexion und zum empathischen Umgang mit sich selbst ebenso nutzen lässt wie zur Reflexion und Klärung einer empathischen Interaktion (vgl. Kapitel 2.3.4). In der Selbstempathie wird also ebenso eine Klärung anhand der vier Ebenen vollzogen, allerdings mit Blick nicht auf das Gegenüber, sondern auf die eigene Person und Situation. Durch die Balance dieser beiden Aspekte (Empathie für andere und Selbstempathie) kann die tatsächliche Situation ausreichend umfangreich erkannt, akzeptiert und in dieser Klarheit reflektiert gehandelt werden. Dadurch wird empathisch kurzschlüssiges Verhalten reduziert und die entsprechenden negativen Folgen bleiben entsprechend aus.

Somit lässt sich die Idee der Studie zusammenfassen: Zur Prävention von Erschöpfungssymptomen und ähnlichen belastungsinduzierten Schädigungen in sozialen Berufen wird die Vermeidung des EKS angestrebt durch die Reflexion der individuellen Empathie anhand des EPM und durch das Training der GFK als Methode der reflektierten Empathie in Balance mit der Selbstempathie. Das aus diesen Grundprämissen entwickelte Trainingskonzept für soziale Berufe wird methodisch als Interventionsstudie mit prä-post-Design im Vergleich zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe evaluiert.

Als Stichprobe wird in dieser Arbeit stellvertretend der Bereich der Krankenpflege untersucht, da der Anforderungscharakter in dieser Berufsgruppe eindeutig als hoch einzuschätzen ist (Bischoff-Wanner, 2002; Hojat, 2007) und gleichzeitig das Berufsbild innerhalb der sozialen bzw. helfenden Berufe hier am klarsten umschrieben und homogensten ist (z.B. im Vergleich mit dem Bereich „Soziale Arbeit“). Es wer-

den in diesem Bereich die Auszubildenden fokussiert, da sie bereits in der praktischen Arbeit tätig und durch das schulische Setting an das Lernen neuer Techniken und Inhalte gewohnt sind. Darüber hinaus lässt sich im Schul-Setting ein Untersuchungsdesign mit Kontrollgruppen und geringer Dropout-Wahrscheinlichkeit effizient umsetzen. Die Auszubildenden / SchülerInnen werden den Trainings- oder den Kontrollgruppen zugewiesen, sodass kein Effekt durch Selbstselektion auftreten kann.

3.2 Vorannahmen zur Trainingsprogrammentwicklung

Durch das Training sollten entsprechend dieser Vorgaben und Herleitungen Veränderungen bei den TrainingsteilnehmerInnen sowohl im Bereich Empathie als auch bezüglich der Folgen des EKS verzeichnet werden können.

Der Bereich Empathie lässt sich unterteilen in Empathie für andere und Selbstempathie. Bezüglich der Empathie für andere sollten sich auf Trait-Ebene verständlicherweise keine Änderungen ergeben, da die Ebene des stabilen Persönlichkeitsmerkmals mit einer kurzfristigen Intervention nicht ansprechbar ist (wie in vorangehenden Kapiteln ausführlich erläutert wurde). Die Auseinandersetzung mit dem eigenen empathischen Verhalten gegenüber anderen mithilfe der Methode der GFK sollte dagegen die Veränderung zur Folge haben, dass ein stärkeres Bewusstsein für die Eigenverantwortlichkeit für die jeweiligen Bedürfnisse entsteht. Das sollte sich niederschlagen in einer höheren professionellen Distanz, also einer höheren Selbst-Andere-Differenzierung im beruflichen Setting. Es kann weiter erwartet werden, dass sich durch das Training mit dem Fokus auf emotionale Inhalte das Bewusstsein für die Emotionen anderer erhöht. Dieser sollte sich entsprechend der Konzeption der GFK durch Achtsamkeit und Bewertungsfreiheit auszeichnen. Damit einhergehen sollte die erhöhte Tendenz zum Zuhören in Interaktionssituationen sowie das Erkennen und Akzeptieren der Emotionen anderer. Durch die Anwendung der Methode der GFK soll durch die Praxis der aufmerksamkeitsintensiven, bewertungsfreien Annahme der Situation also die Achtsamkeit, Akzeptanz und Bewertungsfreiheit in Interaktionen gefördert werden.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Empathie und der Reflexion des eigenen empathischen Verhaltens kann bezüglich der Selbstempathie angenommen werden, dass ebenso eine Steigerung im Bewusstsein und Erleben der eigenen Emotionen verzeichnet werden kann, die durch die GFK mit einer stärkeren Tendenz zur Akzeptanz, zum Verständnis und zur eindeutigen Identifikation derselben gekoppelt ist. Es wird ebenso erwartet, dass sich der Umgang mit den eigenen Emotionen in Richtung eines gewaltfreien Umgangs im Sinne der GFK verändert. Darüber hinaus, so wird erwartet, stärkt sich die Fähigkeit, auch starke eigene Emotionen auszuhalten und dabei gleichzeitig weiterhin handlungsfähig zu sein, da durch die klare Benennung selbiger die erlebte Identität des Selbsts mit der Emotion aufgelöst wird und das Coping der Emotion damit im Sinne der Handlungs- statt der Lage-Orientierung (Kuhl, 2001) erleichtert wird (vgl. Darstellungen zur Achtsamkeit in Kapitel 2.3.3.1).

Im Bereich der Folgen des EKS ist anhand der Darstellungen im obigen Unterkapitel davon auszugehen, dass das Belastungserleben im Beruf durch das Training reduziert wird. Weniger bzw. schwächere Burnout- und psychosomatische Symptome sowie geringere Erschöpfungszustände, emotionale Anspannung und kognitive Belastung sollten die Folge sein. Auch eine geringere Arbeitsunzufriedenheit sollte damit einhergehen.

Die theoretische Gesamtkonzeption der Studie und die sich daraus ergebenden inhaltlichen Annahmen waren für die Entwicklung des Trainingsprogrammes, das die vermuteten Effekte zu erzielen vermag, leitend. Die Entwicklung dieses Programms wird im folgenden Kapitel 4 beschrieben. Im Kapitel 5 werden die inhaltlichen Annahmen als Hypothesen wieder aufgegriffen, konkret operationalisiert und in das Design der Evaluationsstudie integriert.

4 Entwicklung des Trainingsprogramms

Im folgenden Kapitel wird das Trainingsprogramm, das den Kern dieser empirischen Studie ausmacht, vorgestellt. Dabei werden zuerst die fundamentalen Prinzipien und die Grobstruktur des Trainings dargestellt (Kapitel 4.1). Anschließend werden die Vorgängerversionen des Trainings (Kapitel 4.2) und die finale Fassung anhand einer kurzen Darstellung des konkreten Ablaufs (Kapitel 4.3) berichtet.

4.1 Prinzipien und Grobstruktur

Wie aus der Ableitung des Konzepts der Studie in Kapitel 3 zu sehen ist, zielt das Trainingskonzept auf die Reflexion des eigenen empathischen Handelns anhand des Empathie-Prozessmodells (EPM) zur Vermeidung von empathischen Kurzschlüssen (EKS) und den daraus resultierenden emotionalen Fehlbelastungen. Unter Anwendung des Konzepts der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) sollen authentische Verhaltensweisen für den reflektierten Einsatz der Empathie mit anderen und der Selbstempathie aufgebaut werden. Dazu wurde zur Umsetzung dieses Ziel das Erreichen der folgenden Teilziele gesetzt:

- Reflexion des eigenen empathischen Handelns und Erkennen der Risiken des EKS, sowie
- Aufbau von Handlungsalternativen und deren Integration in den Arbeitsalltag.

Diese lassen sich wiederum wie folgt in einzelne Detailziele aufgliedern.

- Reflexion des eigenen empathischen Handelns und Erkennen der Risiken des EKS
 - Sensibilisierung für empathische Momente im Alltag
 - Kenntnisse über das Phänomen Empathie anhand des EPM
 - Reflexion des eigenen empathischen Handelns
 - Bewusstsein über emotionale Belastungsfaktoren im empathischen zwischenmenschlichen Kontakt
 - Kennen und Verstehen des Phänomens EKS
 - Erkennen des Phänomens EKS im eigenen Handeln
 - Bewusstsein der langfristigen Folgen aus dem kurzschlüssigen Verhalten
- Aufbau von Handlungsalternativen und deren Integration in den Arbeitsalltag
 - Kenntnisse über das reflektiert empathische Kommunikationsmuster der GFK
 - Kompetenzen der Gesprächsführung im Sinne der GFK
 - Verständnis über die präventive Wirkung der GFK durch die Balance der beiden Schwerpunkte Empathie für andere und Selbstempathie im Vergleich zu den Folgen des EKS
 - Erprobung und Adaptation der erworbenen GFK-Kompetenzen im eigenen Handeln mit beiden Empathie-Schwerpunkten
 - Transfer und Integration der adaptierten Kompetenzen in realistische Szenarien beruflicher Situationen

Diese Detailziele sind nun im viertägigen Trainingsprogramm wie folgt umgesetzt:

1. Trainingstag – Reflexion der Empathie

Am ersten Tag werden die Konzepte Empathie, EPM und EKS vorgestellt. Übungen ermöglichen die Reflexion des eigenen empathischen Verhaltens anhand des EPM. Der EKS wird als Risikoverhalten eingeführt und anhand der Prozesse im EPM erläutert. Informationsaufnahme und Selbstreflexion liegen dabei im Fokus.

2. Trainingstag – Erlernen der GFK

Tag 2 fokussiert die zweite Phase im EPM, das mentale Modell, da hier die Fertigkeit und das Interaktionsmuster Empathie (vgl. Kapitel 2.3.4) bewusst reflektiert und trainiert werden können. Mithilfe der GFK wird diese Phase bearbeitet und Möglichkeiten der Gestaltung aufgezeigt. Die GFK wird ausführlich vorgestellt und die einzelnen Schritte der GFK geübt.

3. Trainingstag – Ausprobieren der GFK

Am dritten Tag wird die GFK in praktischen Übungen kleinschrittig trainiert, sodass die Teilnehmenden die praktische Anwendung reflektieren können. Im Fokus liegt dabei die Erfahrung der Empathie für das Gegenüber (geben und empfangen) und die Selbstempathie.

4. Trainingstag – Integration der GFK in das alltägliche berufliche Handeln

Am vierten Tag schließlich wird die GFK in einem komplexen Rollenspiel ausprobiert, reflektiert, adaptiert und damit ins berufliche Alltagshandeln integriert. Dabei erfährt die praktische Anwendung der Balance zwischen Empathie mit dem Gegenüber und Empathie für sich selbst einen besonderen Schwerpunkt. Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung werden diskutiert.

Zur Vermittlung der Inhalte ist das Training an vier didaktischen Methoden orientiert: Vortrag, Diskussion, Übung und Fallarbeit. Der Vortrag wird eingesetzt, um über Inhalte zu informieren, Wissen zu schaffen und Differenzierungen im Denken zu ermöglichen. Die Diskussion zielt darauf, das Wissen auf das eigene Denken zu beziehen und die Differenzierungen im eigenen Denken anzuwenden, um darüber zur Reflexion des eigenen Handelns anzuregen. Übungen werden eingesetzt, um in kleinen Schritten vom reflektierten Denken zum reflektierten Handeln zu gelangen und dabei alternative Verhaltensweisen auszuprobieren, die dem neuen Wissen und den neuen Differenzierungen besser gerecht werden. Letztlich wird die Arbeit an Fallbeispielen eingesetzt, die bezweckt, dass diese neuen, reflektierten Verhaltensweisen in komplexen Situationen ausprobiert, adaptiert und durch die Übung in das bestehende Verhaltensrepertoire integriert werden können.

Durch den Fokus auf der Entwicklung spezifischer Fertigkeiten und konkreter Interaktionsmuster werden betont erlebnis- bzw. erfahrungsorientierte Übungen eingesetzt. Der Gewinn durch erfahrungsbasierte Übungen wird konsistent in anwendungsorientierten Studien (z.B. Kahonen, Naatanen, Tolvanen & Salmela-Aro, 2012; Oflaz, Meric, Yuksel & Ozcan, 2011) wie auch in Überblickartikeln (z.B. Brunero et al., 2010; Gunkel, 2011) und theoretischen Arbeiten vertreten (z.B. Delpier, 2006; Krautschield et al., 2008). Daraus lässt sich zusammenfassend extrahieren, dass erfahrungsorientiertes Üben, Fallarbeiten und Rollenspiele erfolgreich sind, um eine tiefere Verarbeitung und die eigene Auseinandersetzung mit der Thematik herzustellen. Erst in der praktischen Erfahrung, die über diese Methoden stellvertretend erzielt werden kann, werden die erlernten Verhaltensweisen erprobt, reflektiert und durch die problemlösungsorientierte Anforderung als Verhaltensstrategie übernommen (vgl. auch Kipper & Ben-Ely, 1979). Gleichzeitig regt der geschützte

Rahmen der Übungssituation dazu an, sich auf Neues einzulassen, da Fehler als Teil des Übungsprozesses akzeptiert werden. Besonders das Rollenspiel hat sich dabei als geeignetes Instrument erwiesen (z.B. Bosse et al., 2012).

4.2 Vorversionen und Programmentwicklung

Das Trainingsprogramm in seiner finalen Fassung ist aus der Weiterentwicklung früherer Versionen von Trainings zu ähnlichen Themen entstanden und durch mehrere Probeläufe optimiert und angepasst worden. Frühere Trainingskonzepte (Kapitel 4.2.1) hatten die Schwerpunkte „Anwendbarkeit von Kommunikationstheorien“, „Kommunikative Konfliktlösung“ und „Gesprächsführung in emotional angespannten Situationen“. Sie wurden hauptsächlich für die universitäre Lehre entwickelt. Danach erfolgte die weitere Anpassung der inhaltlichen Darstellungen für die Anwendung in pflegenden Berufen anhand eines Seminars mit ExpertInnen in diesem Bereich (Kapitel 4.2.2). Im Folgenden werden diese zwei letzten wesentlichen Schritte dieses Prozesses beschrieben, bevor ab Juli 2012 die finale Version für die Anwendung in der Krankenpflege feststand und durchgeführt wurde.

4.2.1 Probeseminar in der universitären Lehre

Zunächst wurden zwei Vier-Tage-Blockseminare zum Thema „Kompetenzen in Kommunikation und Konflikt: Empathie als Schlüssel in der Konfliktlösung“ mit jeweils $N=18$ Lehramtsstudierenden der Universität Duisburg-Essen im Hauptstudium durchgeführt. In diesem Seminar wurden die Konzepte der Empathie, das Empathie-Prozessmodell (EPM), die Gewaltfreie Kommunikation (GFK) und der empathische Kurzschluss (EKS) mit Präsentationen vorgestellt und die Anwendung in Übungen trainiert. Anhand der Rückmeldungen der Studierenden in schriftlichen Evaluationen und der eigenen Reflexionen der Trainer zu diesem Seminar wurde die Akzeptanz der Übungen und die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Präsentationen überarbeitet. Das Training wurde daraufhin speziell für die Anwendung in der sozialen Arbeit in der Krankenpflege angepasst, sodass die Beispiele inhaltlich zugeschnitten und die Darstellungen für diese Stichprobe adäquat sind.

4.2.2 Vorstudie mit Experten in der Alten- und Krankenpflege

Der letzte Schritt der Optimierung des Trainingsprogramms war die Durchführung des Trainings mit einer heterogenen Expertenstichprobe aus dem Bereich der Kranken- und/oder Altenpflege. Die Ausschreibung bzw. Einladung zu diesem kostenfreien Training erfolgte über Email und Flyer an Institutionen aus dem Bereich Alten- und Krankenpflege in der Stadt Essen und Umgebung. Ziel war dabei, eine heterogene Stichprobe von PflegerInnen zu erhalten, die aktuell in diesem Beruf arbeiten, damit maximal viel bedeutsame Informationen und qualifizierte Rückmeldungen von ExpertInnen zu den Inhalten und Übungen des Trainings gesammelt werden können. Gesamtziele der Durchführung dieser Vorstudie waren

- weitere Adaptation und Selektion der Präsentationen und Übungen für die finale Version des Trainings,
- Optimierung der Seminarstruktur und des Durchführungsprozedere und
- Testlauf zur Akzeptanz und Anwendbarkeit einiger evaluativer Fragebogen.

Daher wurden vor, während und nach dem Training Interviews mit und Bewertungsratings von den TeilnehmerInnen durchgeführt. Im Wesentlichen stützte sich die weitere Anpassung des Trainings auf die formative Evaluation, die

- qualitativ anhand von freien Kommentaren zu den Einheiten sowie durch Interviews im Abstand von 1-2 Wochen zum Trainingsende und
- quantitativ anhand von Ratings, die zu den einzelnen Einheiten und Übungen von den TeilnehmerInnen nach jedem Trainingstag abgegeben wurden,

erfolgte. Die Ratings erfassten dabei die Bewertungen der Experten zu jedem didaktischen Element (Präsentation / Vortrag, geleitete Diskussion, Übung, Rollenspiel) jeweils in den drei Dimensionen *persönlicher Gewinn*, *Vertiefung des Verständnisses der Trainingsinhalte* sowie *Nutzen und Anwendbarkeit im Berufsalltag* auf einer Likert-Skala von 1 „gar nicht“ bis 4 „sehr“. Darüber hinaus konnten schriftlich freie Kommentare zu den Einheiten oder zum Tag insgesamt abgegeben werden. Die Auswertung dieser Daten ist also explorativer Natur.

Zur Erprobung der Anwendbarkeit (Akzeptanz, Aussagekraft, Dauer) der Fragebogen, die zur Beschreibung der Stichprobe sowie zur Evaluation des finalen Trainingskonzepts geplant waren, wurden die folgenden Inventare vor Trainingsbeginn vorgegeben (ausführliche Beschreibung der Inventare siehe Kapitel 5.4):

- Symptom-Checkliste (Franke, 1995)

- Maslach Burnout Inventar (Enzmann & Kleiber, 1989; mit Bezug auf Maslach & Jackson, 1986)
- Berufliche Belastung (Schwarzer & Jerusalem, 1999)
- Irritationsskala (Mohr, Rigotti & Müller, 2007)

4.2.2.1 Kurzbeschreibung des Trainingsprogramms der Vorstudie

In der folgenden Tabelle 1 werden die einzelnen Einheiten und Übungen des Trainingsprogramms in ihrer Abfolge in der Form vorgestellt, wie sie in der Vorstudie eingesetzt wurden. Dieser kurze Abriss dient dem Verständnis der Ergebnisse der Vorstudie und der sich daraus für die finale Version des Trainings ergebenden Änderungen. Das Trainingsprogramm in seiner finalen Fassung, wie es für die Hauptstudie dieser Arbeit eingesetzt wurde, ist ausführlicher in Kapitel 4.3 einzusehen.

Tabelle 1. Kurzdarstellung des Trainingsprogramms der Vorstudie bestehend aus unidirektionalen didaktischen Einheiten wie Vorträgen (gekennzeichnet mit Buchstaben) und interaktiven Übungen (gekennzeichnet mit Ziffern)

Nr.	Name der Einheit	Beschreibung
Tag 1		
A	Begrüßung und Vorstellung der Leitenden	Kurze Vorstellung der Leitenden (LE), Skizzierung des Seminarablaufs und der Inhalt, sowie Klärung organisatorischer Fragen
1	Wer bin ich?	Partnerarbeit: gegenseitiges Interview und Vorstellung der Teilnehmenden (TN) im Plenum
B	Erwartungsabfrage	Erwartungen und Wünsche der TN an das Training werden gesammelt.
2	Empathie - Was ist das?	TN erarbeiten in Kleingruppen eigene Definitionen von Empathie und diskutieren diese im Plenum.
C	Das Empathie-Prozessmodell (EPM)	Das EPM (Altmann & Roth, 2013) wird in einem Vortrag vorgestellt und die Definitionen der TN aus der vorherigen Übung eingegliedert.
3	Eigene Beispiele EPM	Die TN erarbeiten eigene Beispiele empathischer Episoden anhand des EPM.
D	Empathie als Belastung	Diskussion im Plenum zu belastenden Aspekten von Empathie im Arbeitsalltag
4	Status Quo	Die TN reflektieren anhand zweier Szenarien ihre eigenen spontanen empathischen Reaktionen im Kontrast zum eigenen Anspruch.
E	Der empathische Kurzschluss (EKS)	Das Konzept des empathischen Kurzschlusses (EKS) wird in einem Vortrag vorgestellt und von empathischer Kompetenz abgegrenzt.
5	Eigene Beispiele EKS	Eigene Beispiele der TN für den EKS werden besprochen und die Folgen diskutiert.
Tag 2		
A	Einführung in die Gewaltfreie Kommunikation (GFK)	Das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) wird in einem Vortrag vorgestellt. Bezüge zum EPM sowie zum EKS werden hergestellt.

Kapitel 4 – Entwicklung des Trainingsprogramms

Nr.	Name der Einheit	Beschreibung
1	Noch mehr Wölfe	Die TN sammeln und diskutieren in Kleingruppen Beispiele für gewaltvolle Kommunikation aus ihrem eigenen Lebensumfeld (privat oder beruflich).
B	Das Bedürfniskonzept der GFK	In einem Vortrag werden die TN über die Relevanz der Bedürfnisse und das Bedürfnisverständnis der GFK informiert. Dabei werden Bedürfnisse von Strategien unterschieden.
2	Worte finden: Bedürfnisse	Die TN bearbeiten Beispielsätze hinsichtlich impliziter Bedürfnisse. Anschließend werden anhand eines Arbeitsblattes Bedürfnisse von Strategien differenziert.
3	Bedürfnisse erkennen	Die Bedürfnisliste wird eingeführt und besprochen. Beispielsätzen werden mithilfe der Liste auf implizite Bedürfnisse untersucht.
C	Bedürfnisse und Gefühle	In einem kurzen Vortrag wird erläutert, dass Gefühle als Indikatoren für Bedürfnisse fungieren.
4	Moods and Movies	Im Plenum werden assoziativ Gefühlsworte gesammelt. Die Gefühlsliste wird eingeführt. Anhand von acht kurzen Sequenzen aus bekannten Filmmelodien sollen anhand der Liste Stimmungen möglichst klar benannt werden.
5	Gefühl des Tages	Die TN tragen eigene Erlebnisse zusammen und beschreiben die dabei aktiven Emotionen. Diese Übung wurde kurz vor der Durchführung wegen vermuteter geringer Nützlichkeit und aus Zeitmangel gestrichen.
D	Gefühle vs. Gedanken	Die Differenzierung zwischen Gefühlen und Gedanken wird erklärt und anhand von Beispielsätzen erläutert.
6	Gefühl komm raus!	Anhand von Beispielsätzen sollen die TN implizite Gefühle klar benennen.
7	Dir geht's ... äh ... gut?	In Kleingruppen wird anhand bereits kleiner nonverbaler Signale versucht, ein Gefühl zu erkennen.
E	Beobachtung in der GFK	Die Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung wird eingeführt und anhand von Beispielsätzen geübt.
8	Wahrnehmung / Interpretation / Reaktion	Die TN üben die Differenzierung zwischen Beobachtung, Bewertung und Reaktion in Kleingruppen anhand eigener Erlebnisberichte.
9	Wahrnehmung im Detail	In Kleingruppen antworten die TN sich gegenseitig auf Ja/Nein-Fragen nur in Gedanken, was vom Gegenüber versucht wird zu deuten. Diese Übung wurde kurz vor der Durchführung wegen vermuteter geringer Nützlichkeit und aus Zeitmangel gestrichen.
F	Die vier Schritte der GFK	Die vier Schritte der GFK werden im Zusammenhang vorgestellt und erläutert.
Tag 3		
1	Aufmerksamkeit ist spürbar	In Kleingruppenarbeit erfahren die TN die emotionalen Unterschiede zwischen einem aufmerksamen und einem desinteressierten Zuhörer.
2	Nicht einer Meinung	Die TN lernen den kontrollierten Dialog kennen und wenden ihn in Kleingruppenarbeit mit eigenen Themen an.
3	Doppeln	Neutrale Beschreibungen eigener Erlebnisse werden von den TN in einer Kleingruppe interpretiert hinsichtlich der vermuteten Gefühle, Gedanken, Bewertungen und Wünsche. Diese Übung wurde kurz vor der Durchführung aus Zeitmangel gestrichen.
4	3x Zuhören zum Mitnehmen bitte	Anhand von Erlebnisschilderungen eigener Situationen werden in Kleingruppen die vier Schritte / Ebenen der GFK fokussiert und gespiegelt.

Kapitel 4 – Entwicklung des Trainingsprogramms

Nr.	Name der Einheit	Beschreibung
5	Angst? Quatsch!	In Partnerarbeit werden auf einem Arbeitsblatt mit ausgewählten Gefühlsworten eigene Erlebnisse auch anhand der begleitenden Körperreaktionen reflektiert.
6	Du Idiot	In Kleingruppen werden Aggressionen im Rollenspiel ausgedrückt und die eigene innere Reaktion darauf reflektiert.
7	Selbstempathie	Der Prozess der Empathie mit anderen im Sinne der GFK wird durch die Kleingruppe begleitet auf sich selbst angewendet.
Tag 4		
1	Eigene und fremde Bedürfnisse und Wünsche	Situationen der TN, in denen Konflikte durch unterschiedliche Strategien entstanden sind, werden gesammelt und auf Bedürfnisse hin untersucht. Lösungen werden auf Basis der Bedürfnisse gesucht.
A	Kennzeichen adäquater Antworten	In der Diskussion im Plenum wird erarbeitet, was unter einer adäquaten empathischen Antwort verstanden werden kann.
2	Fallbeispiel	Die TN arbeiten in Kleingruppen an eigenen Rollenspielen, die zuvor als kritische Situationen beschrieben wurden. Es wird versucht, die Situation anhand der vier Schritte der GFK zu klären und auf Basis der Bedürfnisse neue Lösungen zu erarbeiten.
B	Rückblick auf den Wunschbaum	Das Seminar schließt mit einem Rückblick auf die eigenen Erwartungen und Wünsche an das Seminar vom Anfang sowie mit Rückmeldungen und abschließender Klärung von offenen Fragen.

Anmerkungen. Unidirektionale didaktische Einheiten wie Vorträge sind gekennzeichnet mit Buchstaben, interaktive Übungen sind gekennzeichnet mit Ziffern.

4.2.2.2 Stichprobenbeschreibung der Vorstudie

Es nahmen $N=15$ PflegerInnen (27% männlich) am Training im Mai 2012 teil. Sie streuten stark bezüglich des Alters in Jahren (Spannweite: 21-53, $M=35.3$, $SD=11.5$) sowie Berufserfahrung in Jahren (Spannweite: 0.5-34, $M=9.6$, $SD=11.0$). 13 hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung, eine das Abitur und eine einen universitären Abschluss. 20% befanden sich in leitender Position. Die Stichprobe kann also durchaus als heterogen besonders bezüglich des Alters und des Berufsalters / Berufserfahrung angesehen werden. Es wurde daher die Vielfalt von Berufseinstieg bis zur Wahrnehmung von Leitungspositionen über eine große Alterspanne hinweg erfasst.

Die Stichprobe ist hinsichtlich der erhobenen Skalen unauffällig, also keine besonders psychisch gesunde oder belastete Gruppe, wie aus Tabelle 2 deutlich ersichtlich wird.

Kapitel 4 – Entwicklung des Trainingsprogramms

Tabelle 2. Charakterisierung der Stichprobe der Vorstudie anhand der mittleren T-Werte in den erhobenen Skalen vor dem Training

Inventar / Subskalen	T-Wert	Inventar / Subskalen	T-Wert
Psychische Symptome (SCL-90-R) ^a		Irritation (IS) ^c	
Ängstlichkeit	50.3	Emotionale Irritation	47.5
Depressivität	50.7	Kognitive Irritation	46.5
Unsicherheit im Sozialkontakt	51.2	Gesamtwert Irritation	47.5
Somatisierung	48.2		
Burnout (MBI) ^b		Berufliche Belastung (BEL) ^d	
Leistungsmangel	57.0	Überforderung	46.7
Erschöpfung	45.2	Kontrolliertheitserleben	50.2
Depersonalisierung	46.9	Arbeitsunzufriedenheit	48.6

Anmerkungen. T-Werte mit $M=50$, $SD=10$. ^a Franke (1995). ^b Enzmann und Kleiber (1989), in Anlehnung an Maslach und Jackson (1981, 1986). ^c Mohr, Rigotti und Müller (2007). ^d Schwarzer und Jerusalem (1999).

4.2.2.3 Ergebnisse der formativen Evaluation der Vorstudie

Zur formativen Evaluation der Vorstudie werden hier die Bewertungen der TeilnehmerInnen der Vorstudie direkt nach Ende des Trainings und die Interviews im Abstand von 1-2 Wochen zum Trainingsende kurz umrissen. In den Interviews zeigten sich überwiegend positive Rückmeldungen, etwa die folgenden bezüglich der Gesamtbewertung:

„Im Großen und Ganzen war es gut, es hat Spaß gemacht. War auch lehrreich“

„Also generell hat es mir sehr gut gefallen und es hat mir auch weiter geholfen“

„Erwartungen übertroffen; das Thema war gut, die Gruppe war gut, die Leiter waren super“

„Großes Lob, war echt super, die Dozenten waren super und die Gruppe war locker, es war aufschlussreich und es ist für den Berufsalltag und den privaten Bereich nützlich“

Ein ähnliches Bild zeigte sich auch bezüglich der Frage, was im Training besonders schwierig war, wie beispielsweise in diesen Aussagen zusammengefasst:

„Also ich fand es war so aufgebaut, dass man es schnell begriffen hat in den Übungen, es war dann für mich doch recht viel Theorie, aber das liegt an mir, das muss schon sein, wo ich dann dachte „hast du das jetzt alles auch verstanden?“, aber in den Übungen habe ich es dann doch umsetzen können“

„Also einige Übungen waren schwer, weil man sich richtig darauf einlassen musste“

Die Anwendung nach dem Training in der beruflichen Praxis wird exemplarisch zusammengefasst wie folgt erlebt:

Kapitel 4 – Entwicklung des Trainingsprogramms

„Das war mit einer Patientin, die Redebedarf hatte und die hatte dann auch immer so um den heißen Brei herum geredet und wir dann hinterher zu dem Kern gekommen sind, was sie eigentlich möchte und wie sie sich fühlt. Das hat gut geklappt, die Dame hat sich dann danach auch bedankt und noch ein paar Tage später, das hat ihr sehr gut getan“

„Also speziell denke ich, wenn Patienten mit Problemen zu uns kommen, also wenn jetzt jemand kommt, der akut unter Spannung steht, dann muss ich sofort handeln, aber sonst, kann man das dann gut anwenden“

Diese Bewertungen spiegeln sich auch in den quantitativen Ratings direkt nach Abschluss des Trainings wider, wie aus Tabelle 3 und 4 ersichtlich wird. Die sehr guten Einschätzungen legten nahe, dass keine gravierenden Änderungen am Programm und dessen Durchführung notwendig waren.

Tabelle 3. Mittelwerte und Standardabweichungen der globalen Bewertungen der TeilnehmerInnen in der Vorstudie zu den Inhalten. Likert-Skala 1 „stimme gar nicht zu“ bis 5 „stimme vollkommen zu“

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>
Die Lernziele des Trainings wurden deutlich gemacht.	4.57	1.09
Die Lernziele der einzelnen Trainingsinhalte wurden deutlich gemacht.	4.79	0.43
Die Trainingsinhalte wurden verständlich vermittelt und aufbereitet.	5.00	0.00
Dem Tempo bei der Vermittlung bzw. Erarbeitung der einzelnen Trainingsinhalte konnte ich gut folgen.	4.79	0.58
Die einzelnen Trainingsinhalte wurden verständlich in den Gesamtkontext eingebettet.	4.79	0.43
Die Lernmethoden wurden zielführend eingesetzt.	4.71	0.47
Der Bezug zwischen den Trainingsinhalten und dem Berufsfeld bzw. der Anwendung der Inhalte wurde deutlich gemacht.	4.36	0.75
Die erlernten Inhalte sind relevant für meinen Berufsalltag.	4.21	0.98
Das Training versetzt mich in die Lage, die Inhalte selbstständig zu vertiefen.	4.36	0.75

Anmerkungen. *M* Mittelwert. *SD* Standardabweichung.

Tabelle 4. Mittelwerte und Standardabweichungen der globalen Bewertungen der TeilnehmerInnen in der Vorstudie zu Struktur, Dozenten etc. Noten-Skala 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>
Inhaltliche Gesamtkonzeption des Seminars (Stimmigkeit, „roter Faden“)	1.29	0.47
Dauer des gesamten Seminars	1.64	0.75
Dauer der einzelnen Tage des Seminars	1.57	0.65
Menge der behandelten Inhalte	1.43	0.65
Formale Gestaltung der Tage (Pausen etc.)	1.29	0.47
Verhältnis von Theorie und praktischen Übungen	1.36	0.63
Sachkompetenz der Dozierenden	1.07	0.27
Kompetenz der Dozierenden, die Inhalte anschaulich und nachvollziehbar zu vermitteln	1.14	0.36
Atmosphäre im Seminar	1.00	0.00
Gesamteindruck vom Seminar	1.07	0.27

Anmerkungen. *M* Mittelwert. *SD* Standardabweichung.

Kritisch wurde in der qualitativen Evaluation hauptsächlich hinterfragt, ob die Anwendbarkeit auch in stressigen Situationen gegeben sei, ob die Anwendung auch möglich sei, wenn das Gegenüber den Kurs nicht besucht hat, und wie die Anwendung bei suizidalen PatientInnen gestaltet werden könne. Diese Punkte und die entsprechenden Antworten wurden in die finale Version des Trainings aufgenommen.

4.2.2.4 Bewertungen und Veränderungen der Trainingseinheiten

Änderungen für die finale Version des Trainingsprogramms, die sich durch die Bewertungen der Experten (Bewertung der Übungen in freien Kommentaren und Ratings hinsichtlich der drei Dimensionen persönlicher Gewinn, Nutzen und der Anwendbarkeit im Berufsalltag und Vertiefung des Verständnisses der Seminarinhalte, vgl. Abbildung 9 bis 11) und durch die eigene Reflexion der Trainer ergeben haben, werden im Folgenden erläutert. Alle hier skizzierten Änderungen dienen dazu, die Ausmaße der Veränderung kenntlich zu machen und darüber das Programm der Vorstudie indirekt im Vergleich zur finalen Version zu beschreiben. Das finale Programm wird anhand der wesentlichen Prinzipien, der Struktur und didaktischen Einheiten bzw. Übungen in groben Zügen in Kapitel 4.3 dargestellt. Die vollständige Beschreibung findet sich bei Altmann und Roth (im Druck). Änderungen ergaben sich wie folgt und sind chronologisch anhand des Trainingsablaufs angeordnet.

Kapitel 4 – Entwicklung des Trainingsprogramms

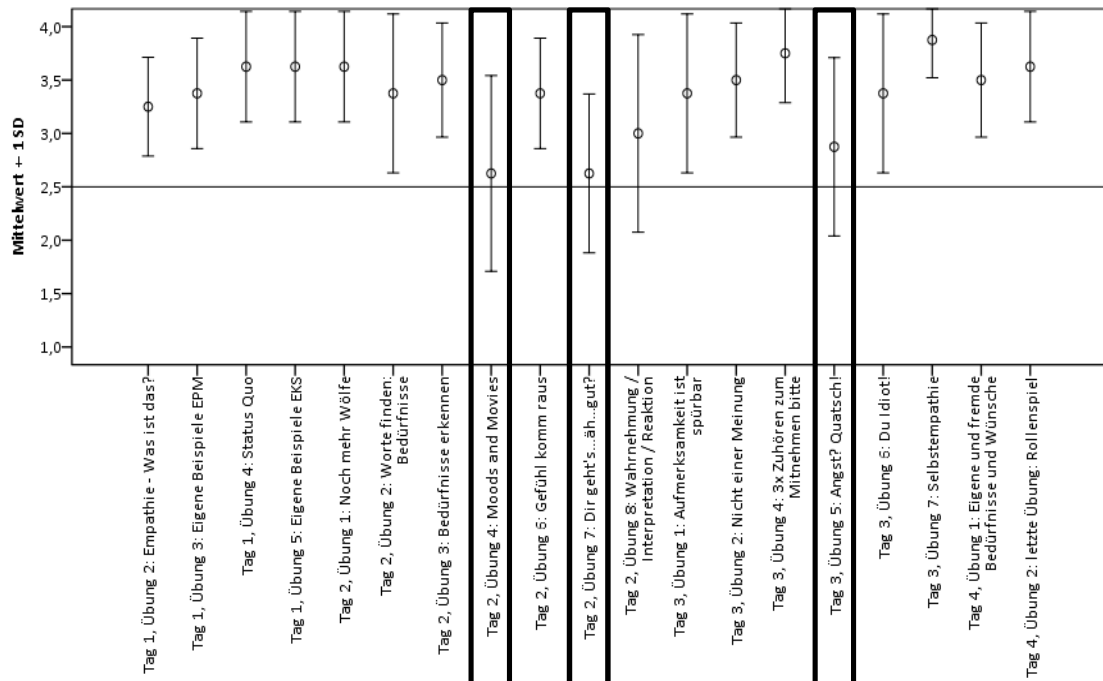


Abbildung 9. Mittelwerte und Standardabweichungen der Experten-Bewertungen der inhaltlichen Übungen in der Vorstudie bezüglich des persönlichen Gewinns. Durch Rahmen markiert sind die Übungen mit den drei niedrigsten Ratings.

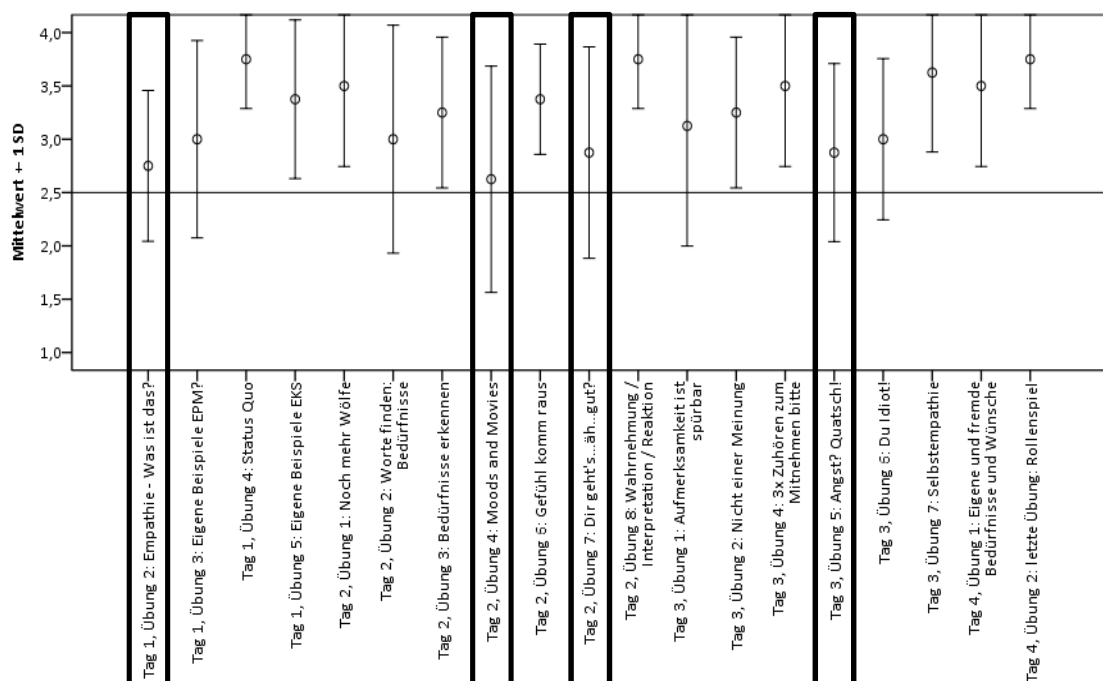


Abbildung 10. Mittelwerte und Standardabweichungen der Experten-Bewertungen der inhaltlichen Übungen in der Vorstudie bezüglich des Nutzens und der Anwendbarkeit im Berufsalltag. Durch Rahmen markiert sind die Übungen mit den drei niedrigsten Ratings (zwei Übungen auf dem dritten Platz).

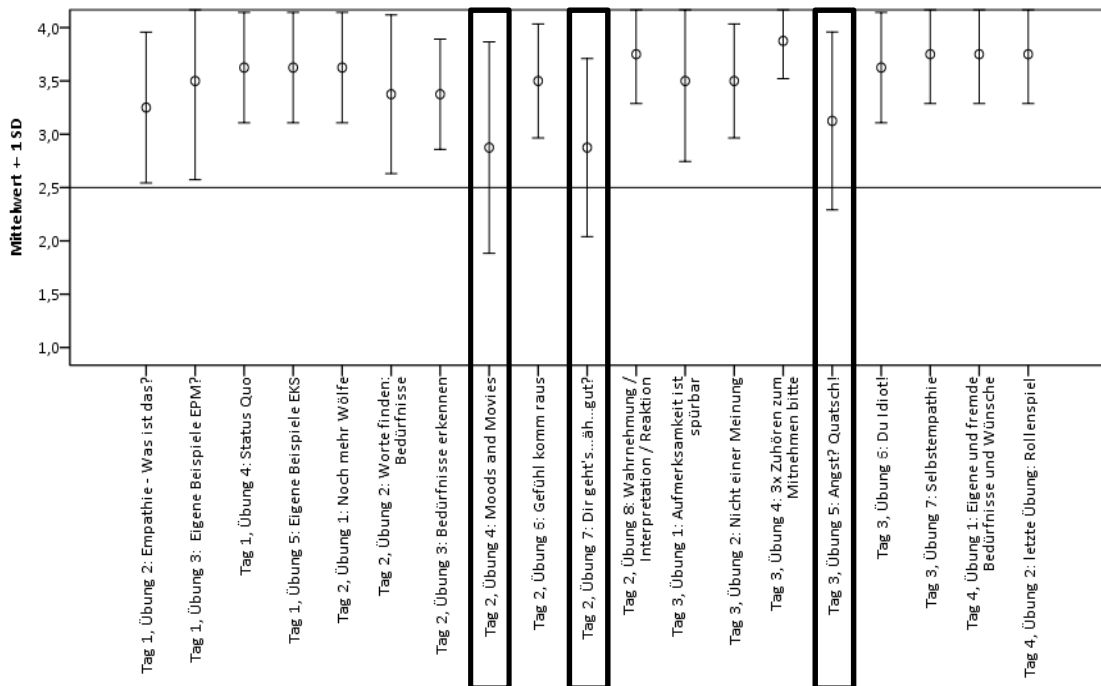


Abbildung 11. Mittelwerte und Standardabweichungen der Experten-Bewertungen der inhaltlichen Übungen in der Vorstudie bezüglich der Vertiefung des Verständnisses der Seminarinhalte. Durch Rahmen markiert sind die Übungen mit den drei niedrigsten Ratings.

Für den Tag 1 wurde an den Übungen 2 bis 5 kritisiert, dass zu wenige und nicht ideal ausgewählte Beispiele von den Trainern zur Verdeutlichung gegeben wurden. Daraufhin wurden die vorgestellten Beispiele zur Verdeutlichung der Inhalte überarbeitet und weitere Beispiele eingefügt. Dies diente dazu, Auseinandersetzung mit der eigenen Definition von Empathie (Übung 2) zu vereinfachen und die anfänglichen Schwierigkeiten beim Analysieren von eigenen Beispielen anhand des Empathie-Prozessmodells (Übung 3) sowie beim Aufdecken eigener empathischer Kurzschlüsse (Übungen 4 und 5) zu überwinden. Durch die relativ niedrige Bewertung der Übung 1 zur Definition von Empathie hinsichtlich der Anwendbarkeit im Berufsalltag (vgl. Abbildung 10) wurde in der finalen Version des Trainings die Bedeutung der Reflexion des eigenen Empathieverständnisses für das berufliche Handeln stärker herausgestellt.

Die Übungen 2, 4, 7 und 8 an Tag 2 wurden wie folgt kritisiert. Übung 2 (und damit der Übungskomplex zur Erweiterung des Vokabulars um Gefühls- und Bedürfnisworte) wurde zuerst als unpraktisch und für den Berufsalltag als unsinnig, jedoch in der späteren Reflexion als hilfreich beschrieben. Hier wurde ähnlich wie beim Problem der Beispiele an Tag 1 verfahren: von Anfang an stärkere Verdeutlichung der Relevanz der Inhalte anhand mehrerer Beispiele. Die Übung 4 zum Einüben des Ge-

fühlsvokabulars wurde wegen der schlechten Bewertungen in den Ratings (vgl. Abbildung 9 bis 11) nicht mehr als inhaltliche Übung in der finalen Trainingsversion verwendet. Da sich diese Übung aber durch einen auflockernden Charakters auszeichnet, wurde sie als entspannende Sequenz weiterhin eingesetzt, um die Dynamik des Seminars auch durch den Einsatz unterschiedlicher Medien vielfältig zu gestalten. Die Übung 7 zur Deutung nonverbaler Gefühlsäußerungen wurde in den freien Kommentaren als ungünstig und wenig nützlich bewertet, was sich auch deutlich in den Bewertungen auf allen drei Dimensionen der Ratings (vgl. Abbildung 9 bis 11) zeigt. Daher wurde diese Übung in der finalen Version nicht weiter eingesetzt. Übung 8 zur Unterscheidung zwischen Wahrnehmung, Interpretation und Reaktion wurde in den freien Kommentaren als wenig nützlich beschrieben. Kritisch wurde dabei angemerkt, dass die von den TeilnehmerInnen in die Übung eingebrachten Beispiele frei erfunden waren und daher der Sinn nicht klar wurde. In der finalen Trainingsversion wird nun am Anfang der Übung besonders deutlich gemacht, welche Konsequenzen aus der Differenzierung folgen können, welche Relevanz somit das Bewusstsein darüber hat und wie die Übung am besten wirken kann, nämlich mit eigenen Beispielen aus dem eigenen Leben.

Für Tag 3 wurden die Übungen 4 bis 6 kritisiert. Übung 4 wurde in den freien Kommentaren als sehr schwierig beschrieben und Zweifel zur Anwendbarkeit geäußert, wenn die aktuelle Situation auf der Station stressig ist. In den Bewertungen nach Abschluss des Seminars wurde diese Übung jedoch deutlich positiver eingeschätzt und fällt auch in den Ratings nicht negativ auf. Als Änderung hat sich daher ergeben, die Übung vorsichtiger einzuführen und auf die Herausforderungen und anfänglichen Schwierigkeiten beim Erlernen einer neuen Verhaltensweise deutlich hinzuweisen. Bei Übung 5 zur emotionalen Selbstreflexion wurde zu wenig Zeit als Manko formuliert, allerdings fällt diese Übung in den Ratings (vgl. Abbildung 9 bis 11) auch als relativ negativ bewertet auf. Da diese Übung jedoch einen bedeutsamen Aspekt der Trainings anstößt, wurde sie dahingehend verändert, dass sie vielmehr als hinführende Übung zur Übung 7 beschrieben und die Zeitbegrenzung jeweils dynamisch an den Fortschritt der jeweiligen Gruppe angepasst wird. Aus den Kommentaren zu Übung 6 zur Konfrontation mit Beleidigungen wurde deutlich, dass sie teilweise nicht so verstanden wurde, wie sie intendiert war. Daher galt es in der finalen Trainingsversion den Zweck der Übung deutlicher zu machen. Grundsätzlich wurde eingeführt, dass alle Übungen an diesem Tag nach der Erläuterung jeweils von den TrainerInnen einmal exemplarisch vor der Gruppe demonstriert werden, bevor die Übung von den TeilnehmerInnen durchzuführen ist.

Beide Übungen an Tag 4 wurden anhand der Rückmeldungen überarbeitet. Übung 1 zur Beschreibung von problematischen Situationen und den jeweiligen Bedürfnissen der Beteiligten wurde dahingehend umgestaltet, dass die Situationen zuerst gesammelt, danach diskutiert und schließlich wieder in Gruppen erneut hinsichtlich einer gemeinsamen Lösung bearbeitet wurden. Durch die Diskussion wurde offensichtlich, dass es eine stärkere Verdeutlichung der Möglichkeiten eines Gesprächsverlaufs (z.B. gemeinsame Lösung auf Bedürfnisebene oder Prioritäten erkennen und setzen) bedarf. Die zweite Übung wurde, wie in den Kommentaren vorgeschlagen, deutlich verändert, indem ein standardisiertes Rollenspiel mit einer konkreten, durch Rollenbeschreibungen vorgegebenen Situation als Transferübung anstelle der Bearbeitung der Beispiele aus Übung 1 gesetzt wurde.

4.3 Finale Version des Trainingsprogramms

Das Trainingsprogramm zum Einsatz von und Umgang mit Empathie in der Krankenpflege umfasst auch in seiner finalen Fassung vier Tage und wird en bloc durchgeführt. Am ersten Tag wird hauptsächlich die Theorie behandelt. Dabei wird eine Definition von Empathie erarbeitet, die Bedeutung von Empathie bzw. die Risiken unreflektierter Empathie im beruflichen Alltag diskutiert sowie das Empathie-Prozessmodell und der empathische Kurzschluss (vgl. Kapitel 2.1.2 bzw. Kapitel 2.2; Altmann & Roth, 2013) erläutert und anhand eigener Beispiele angewendet. Am zweiten Tag wird die Gewaltfreie Kommunikation (GFK, vgl. Kapitel 2.3) nach Rosenberg (2003) vorgestellt, in Übungen trainiert und in der Anwendung diskutiert. Am dritten Tag werden die Elemente der GFK anhand kurzer, praktischer, erfahrungsorientierter Übungen (Rollenspiel, Bearbeitung eigener Erfahrungen) aus dem Berufsalltag in kleinen Schritten vertieft und im gemeinsamen Austausch reflektiert, wobei ein besonderer Fokus darauf liegt, dass nicht nur Empathie für die andere Person trainiert und reflektiert wird, sondern auch Selbstempathie eine ebenso bedeutsame Rolle in der zwischenmenschlichen Interaktion einnimmt, was verschärft für die Interaktionen in sozialen Berufen gilt. Am vierten und letzten Tag werden die Erfahrungen und das Erlernte an einem komplexen Fallbeispiel bzw. Rollenspiel angewendet sowie Möglichkeiten und Grenzen der GFK in der Krankenpflege besprochen.

Wie aus den Darstellungen in Kapitel 4.1 ersichtlich ist, sind aus dem übergeordneten Ziel die Teilziele ableitbar. Diese werden nun in der folgenden Auflistung der einzelnen Einheiten des Trainings mit Feinzielen für jede Einheit ergänzt. Dabei ist diese Zielformulierung in jeder Übung der Grundpfeiler, an dem sich die Entwicklung der konkreten Einheiten orientiert hat. Zusätzlich wurden die beschriebenen Quellen genutzt, um speziell die praktischen Übungen auf eine in der Praxis bereits erprobte Basis zu stellen. Das Vorgehen muss dabei eklektisch sein, da ein Trainingskonzept zur Vermeidung empathisch kurzschlüssigen Verhaltens in dieser Form noch nicht existierte. Die Inhalte der edukativen Einheiten zur GFK sind selbstredend an den Werken zur GFK orientiert, wie sie in obigen Kapiteln ausführlich erwähnt wurden. Die übrigen Einheiten sind orientiert an der Workshop-Literatur und entsprechenden Artikeln (in der Hauptsache Birkenbihl, 2010; Dürrschmidt et al., 2011; Holler, 2010; Holler & Heim, 2009; Kipper & Ben-Ely, 1979; Leu, 2003; Neumann & Heß, 2010; Röschmann & Weber, 2008; Vopel, 2006). Prinzipien des Aufbaus, der Wiederholungen und Rückmeldungen sowie das Prinzip der Balance aus Praxis und Theorie sind in Auseinandersetzung mit Dürrschmidt et al. (2011) sowie Röschmann und Weber (2008) und Vopel (2006) entstanden. Sind bei übrigen Einheiten keine Quellen angegeben, so sind diese in der Projektarbeit im Team entstanden bzw. keiner Quelle eindeutig zuzuordnen.

Im Folgenden werden in Tabelle 5 die einzelnen didaktischen Einheiten des Trainingsprogramms über die vier Tage im wesentlichen Ablauf kurz vorgestellt und die Feinziele der einzelnen Einheiten erläutert. Zur Durchführung lag eine ausführliche Beschreibung des Trainingsprogramms in einem etwa 60-seitigen Manual vor, in dem detaillierte Hinweise zu allen Einheiten des Trainings beschrieben stehen. Dieses Manual war für die TrainerInnen handlungsleitend in der Durchführung der Trainings. Eine ausführliche Fassung dieses Manuals für die Anwendung des Trainings in sozialen Berufen liegt bei Altmann und Roth (im Druck) vor. Die Struktur der folgenden Darstellung der Einheiten folgt dem Manual und damit dem Trainingsplan des in der Evaluationsstudie eingesetzten Trainings, entsprechend sind die Einheiten in chronologischer Folge analog zum durchgeführten Training angeordnet. Die jeweils ersten und letzten Einheiten eines Tages sind die Zusammenfassung der zuvor bearbeiteten Einheiten und der Ausblick auf die kommenden Inhalte und Übungen; diese werden hier zur Vermeidung von Redundanz nicht dargestellt.

Tabelle 5. Darstellung der Übungen des Trainingsprogramms mit Ablauf, Ziel und ggf. Quellen

Tag 1				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
1	Begrüßung und Vorstellung der Leitenden (LE)	Die Leitenden begrüßen die Teilnehmenden (TN), stellen sich vor und erläutern kurz das allgemeine Konzept des Trainings und den Verlauf der nächsten Tage. Dabei werden auch organisatorische Fragen wie Anfangs- und Endzeiten sowie Pausen geklärt.	Es sollten möglichst alle wesentlichen Fragen geklärt und ein Überblick über das Training gegeben werden, damit konzentriertes Arbeiten an den Inhalten möglich ist.	
2	Kennenlern-Runde	Die TN befragen sich in Partnerarbeit gegenseitig zu Hobbies und individuellen Besonderheiten, die sie von den anderen vermutlich unterscheiden (z.B. Tennis, drei Hunde als Haustiere, Tattoo-Fan). Nach der gegenseitigen Befragung stellen sie sich gegenseitig im Plenum der gesamten Gruppe vor.	Die TN lernen einander persönlicher kennen und auch die LE erhalten einen Eindruck von den TN.	Diese Übung ist orientiert an der Übung „Vorstellung mit Partner“ von Vopel (2006). In der hier verwendeten Form stellen sich die TN jedoch gleich und selbst im Plenum vor, statt in 4-er-Gruppen zu gehen.
3	Erwartungsabfrage	Die TN formulieren die Erwartungen und Wünsche, die sie an das Training haben.	Die TN setzen sich mit dem Thema ein erstes Mal auseinander und bilden Erwartungen, die durch die intrinsische Generierung eine Einstiegsmotivation darstellen können. Die LE haben daraufhin die Möglichkeit, die Erwartungen mit den Möglichkeiten des Trainings in Einklang zu bringen.	
4	Eigene Definition von Empathie erarbeiten	Zuerst wird ein Ausschnitt von etwa vier Minuten aus dem Kurzfilm „Merci!“ von Rabette (2003) präsentiert und mit den TN diskutiert, welche Aspekte von Empathie hier angesprochen wurden. Die TN erarbeiten daraufhin in Kleingruppen eigene Definitionen von Empathie und stellen diese anschließend im Plenum vor.	Die Auseinandersetzung mit dem Thema wird angeregt und die eigenen Assoziationen aktiviert, wodurch weitere Informationen leichter verarbeitet und gemerkt werden können. Außerdem wird durch die eigene Erarbeitung eine höhere Motivation bei der späteren Mitarbeit erwartet.	

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 1				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
5	Das Empathie-Prozessmodell (EPM)	Das EPM (Altmann & Roth, 2013) wird in einem Vortrag vorgestellt und die Definitionen der TN aus der vorherigen Übung eingegliedert.	Die TN erhalten eine Definition als Rahmenmodell für die weitere Arbeit.	
6	Übung zum EPM	Die TN erarbeiten eigene Beispiele empathischer Episoden anhand des EPM.	Die TN vertiefen ihre Kenntnisse und verankern sie mit eigenen Beispielen.	
7	Empathie als Belastung	In der Diskussion im Plenum wird das Erleben der TN reflektiert, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen Empathie auch eine Belastung darstellen kann.	Die TN erkennen, dass nicht Empathie per se, sondern der Umgang mit der Empathie entweder hilfreich oder belastend sein kann.	
8	Reflexion zum eigenen empathischen Handeln	Die TN werden mit zwei Szenarien konfrontiert. Im ersten Szenario sollen sie ihre eigene spontane empathische Reaktion auf eine Mitteilung eines Kollegen notieren, der gerade eine belastende Situation erlebt hat und ihnen davon berichtet. Im zweiten Szenario sollen sie solche spontanen Antworten daraufhin bewerten, ob sie sie selbst in einer belastenden Situation gern hören würden. Beide Reaktionen (eigene spontan gesendete und am liebsten empfangene) werden miteinander verglichen.	Die TN reflektieren ihr empathisches Verhalten und bemerken, dass häufig spontane Antworten einem Muster folgen, das nicht dem entspricht, was man selbst als RezipientIn gern hören möchte. Die TN stellen sich die Frage, wie sie ihre spontanen Reaktionen an ihre eigene Idealvorstellung angleichen können.	Diese Übung ist inspiriert und angelehnt an die bei Holler (2010) beschriebene Übung „Empathisch aufnehmen“. Die hier verwendete Übung setzt allerdings den Fokus auf den Kontrast zwischen erwünschten und spontan gegebenen Antworten, statt auf den Unterschied zwischen empathischer und nicht empathischer Antwort im Original. Dadurch ist auch die vom Original abweichende Aufteilung in zwei Szenarien günstiger.

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 1				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
9	Der empathische Kurzschluss (EKS)	Das Konzept des empathischen Kurzschlusses (EKS) wird in einem Vortrag vorgestellt und von empathischer Kompetenz abgegrenzt. Der EKS wird erläutert, in seinen Kennzeichen charakterisiert und Hintergründe zur Entstehung in der Kommunikation beschrieben.	Die TN lernen den EKS kennen und verstehen, wie er zustande kommt.	
10	Beispiele zum EKS	Die TN generieren und erinnern eigene Beispiele aus der Alltags- oder beruflichen Interaktion, in denen sie empathische Kurzschlüsse selbst erlebt haben. Es werden in der Diskussion Risiken besprochen, die aus empathisch kurzschlüssigem Verhalten resultieren können.	Die TN vertiefen ihr Wissen über den EKS und erkennen ihn am eigenen Verhalten und am Verhalten der Umwelt. Die TN werden dafür sensibilisiert, dass sich der EKS langfristig negativ auf die psychoemotionale Balance auswirken kann.	
Tag 2				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
1	Einführung in die Gewaltfreie Kommunikation (GFK)	Das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) wird in einem Vortrag vorgestellt. Bezüge zum EPM sowie zum EKS werden hergestellt. Die GFK wird besonders über das Gegenteil, die gewaltvolle Kommunikation („Wolfsprache“) gekennzeichnet.	Die TN kennen die Grundzüge der GFK.	

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 2				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
2	Eigene Beispiele zur Wolfssprache	Die TN sammeln in Kleingruppen Beispiele für gewaltvolle Kommunikation aus ihrem eigenen Lebensumfeld (privat oder beruflich). Dabei soll auch auf die Auswirkung dieser Art der Kommunikation auf die Interaktion bzw. Gesprächsqualität Wert gelegt werden.	Die TN reflektieren die Notwendigkeit eines gewaltfreien Ausdrucks durch Auffinden von Beispielen der gewaltvollen Kommunikation im eigenen Leben. Den TN soll bewusst werden, dass eine gewaltvolle Kommunikation die Interaktion zu meist belastet, einen Konflikt eher eskaliert und das Vertrauen eher schwächt.	Diese Übung ist inspiriert von der bei Leu (2003) verzeichneten Übung „Lebensentfremdende Botschaften erkennen“. Die hier verwendete Übung ist eine einfache, reduzierte Form, die nur auf die Reproduktion und Klassifikation von Botschaften angelegt ist.
3	Das Bedürfniskonzept der GFK	In einem kurzen Vortrag werden die TN über die Relevanz der Bedürfnisse und das Bedürfnisverständnis der GFK informiert. Dabei werden Bedürfnisse von Strategien unterschieden.	Die TN erkennen die Bedürfnisse als den zentralen Punkt der GFK und kennen die Unterscheidung zu Strategien.	
4	Bedürfnisse erkennen	Anhand von gegebenen Beispielsätzen sollen die TN Bedürfnisse vermuten, die in den Beispielsätzen implizit enthalten sind.	Die TN stellen fest, dass das Benennen von Bedürfnissen schwer fällt, da es in der Alltagskommunikation für gewöhnlich nicht angewendet wird. Die TN stellen fest, dass ihre Auswahl an Worten für Bedürfnisse sehr begrenzt ist.	Diese Übung ist inspiriert von Leu (2003).
5	Bedürfnisse oder Strategien	Anhand eines Arbeitsblattes, auf dem Bedürfnisworte (z.B. Genuss, Autonomie) und Strategieworte (z.B. Schokolade, allein sein) durcheinander aufgelistet sind, sollen die TN individuell die Worte markieren, von denen sie der Meinung sind, dass sie Bedürfnisse beschreiben. Danach sollen sich jeweils zwei TN miteinander über ihre jeweiligen Lösungen austauschen und einigen.	Die TN erweitern ihren aktiven Bedürfniswortschatz und vertiefen die Differenzierung zu Strategien.	

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 2				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
6	Bedürfnisliste	Die TN setzen sich individuell mit einem Arbeitsblatt auseinander, auf dem Worte stehen, die Bedürfnisse beschreiben. Diese Bedürfnisliste stellt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, ist aber eine möglichst umfassende Liste menschlicher Bedürfnisse. Dabei überlegen die TN, welches Bedürfnis bei ihnen selbst häufiger aktiv zu sein scheint, als bei den meisten anderen. Abschließend suchen die TN wieder anhand von Beispielsätzen die vermutlich hinter den Aussagen steckenden Bedürfnisse heraus, diesmal mithilfe der Liste.	Die TN kennen eine der in der GFK häufig verwendeten Bedürfnislisten und haben bei sich selbst erkannt, welches Bedürfnis bei ihnen individuell häufig aktiv ist (und sie damit auch in ihrer Persönlichkeit charakterisiert). Die TN haben die Verwendung der Bedürfnisliste als Unterstützung zur Identifikation / Benennung von Bedürfnissen geübt.	Die Arbeit mit Bedürfnislisten ist in der Praxis der GFK sehr verbreitet (CNVC, 2013b; Holler, 2010; Leu, 2003; Little, 2002; Rosenberg, 2009). Die hier verwendete Bedürfnisliste ist in Auseinandersetzung der verschiedenen GFK-Bedürfnislisten entstanden. Die Übung zur Identifikation stammt von Holler (2010), dort als „Roter Faden für Spürnasen“ bezeichnet.
7	Bedürfnisse und Gefühle	In einem kurzen Vortrag wird den TN erläutert, dass Gefühle als Indikatoren für die eigenen Bedürfnisse fungieren.	Die TN erkennen die Bedeutung von Gefühlen in der Kommunikation und die Verbindung zu den Bedürfnissen.	
8	Gefühle benennen	Zuerst werden die TN aufgefordert, im Plenum alle Gefühlsworte zu sammeln, die ihnen einfallen. Die TN erhalten danach ein Arbeitsblatt, auf dem Gefühlsworte aufgelistet sind. Diese Gefühlsliste stellt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, ist aber eine möglichst umfassende Liste menschlicher Gefühle. Den TN werden daraufhin acht kurze Sequenzen aus bekannten Filmmelodien vorgespielt, wobei sie die Aufgabe haben, mithilfe der Liste die Stimmungen, die bei ihnen während des Hörens der Melodien ausgelöst werden, möglichst genau zu benennen.	Die TN erkennen, dass der aktive Wortschatz für Gefühle eher klein ist. Die TN nutzen die Gefühlsliste als Unterstützung zur differenzierten Benennung von Gefühlen und beherrschen die Verwendung.	Die Arbeit mit Gefühlslisten ist in der Praxis der GFK sehr verbreitet (CNVC, 2013a; Holler, 2010; Leu, 2003; Little, 2002; Rosenberg, 2009). Die hier verwendete Gefühlsliste ist in Auseinandersetzung der verschiedenen GFK-Gefühlslisten und der psychologischen Literatur (Ekman, 1982; Fehr & Russell, 1984; James, 1884; Scherer, 1984; Sokolowski, 2002) entstanden.

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 2				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
9	Gefühle vs. Gedanken	In einem kurzen Vortrag wird die Unterscheidung der GFK zwischen Gefühlen und Gedanken erläutert. Anschließend sollen die TN bei vorgegebenen Aussagen entscheiden, ob direkt ein Gefühl oder eher ein Gedanke damit ausgedrückt wird.	Die TN erkennen, dass in der Alltagskommunikation das Wort „fühlen“ bzw. „Gefühl“ häufig auch zum Ausdruck von Gedanken genutzt wird (z.B. „ich habe das Gefühl, du verstehst nicht, was ich meine“). Die TN können zwischen Gefühlen und Gedanken unterscheiden.	Die Beispielsätze sind angelehnt an die bei Holler (2010) beschriebenen Sätze in der Übung „Der große Unterschied“.
10	Gefühle erkennen	Die TN sollen anhand von Beispielsätzen vermuten, welche Gefühle mit diesen Aussagen implizit ausgedrückt werden könnten.	Die TN routinieren die Arbeit mit der Gefühlsliste und die Differenzierung zwischen Gefühlen und Gedanken.	Die Übung ist angelehnt an die Übung „Gefühl, komm' raus, du bist umzingelt!“ bei Holler (2010).
11	Beobachtung in der GFK	In einem kurzen Vortrag wird den TN erläutert, was in der GFK unter der Beobachtung verstanden und wie diese von Bewertungen, Analysen und Interpretationen unterschieden wird. Die TN sollen anhand von Beispielsätzen entscheiden, ob eine reine Beobachtung genannt wurde oder ob eine Bewertung im Satz enthalten war.	Die TN kennen die Grundidee der Beobachtung in der GFK mit der Differenzierung zu Bewertungen, Analysen und Interpretationen.	Diese Einheit orientiert sich an den bei Altmann (2010) beschriebenen Testfragen zur Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung.
12	Beobachtung und Bewertung	Die TN üben die Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung in Kleingruppen, indem ein TN zuerst ohne Differenzierung von einem Erlebnis berichtet, danach aber dieselbe Situation nochmals nur anhand der Beobachtungen wiedergibt.	Die TN beherrschen die Differenzierung prinzipiell. Sie erkennen, dass eine Beschränkung auf die Wiedergabe von Beobachtungen zur Deeskalation eines geladenen Gesprächs nützlich sein kann.	Die Übung ist inspiriert von der Übung „Wahrnehmung“ (Dürschmidt et al., 2011). Die Übung wurde abgewandelt, als dass nicht aktuelle Beobachtungen geschildert, sondern eine vergangene Situation berichtet werden soll.

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 2				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
13	Die vier Schritte der GFK	In einem kurzen Vortrag werden die vier Schritte der GFK im Zusammenhang vorgestellt und erläutert. Dabei wird unterschieden, wie die GFK mit dem Fokus auf das Gegenüber und mit dem Fokus auf der eigenen Person angewendet werden kann.	Die TN kennen die vier Schritte der GFK und deren wesentliche Merkmale. Die TN wissen grundlegend, wie und warum die GFK beim Gegenüber und auch bei der eigenen Person angewendet werden sollte.	
14	GFK an eigenen Beispielen	Die TN üben in Kleingruppen die Übersetzung von eigenen Beispielsätzen in Gewaltfreie Kommunikation.	Die TN vertiefen ihre Kenntnisse zur GFK und finden einen Bezug zum eigenen Leben. Die TN haben einen ersten Eindruck, wie die Anwendung der GFK in der Interaktion mit einem Gegenüber und in der Selbstreflexion bzw. im Selbstaussdruck gestaltet werden kann.	
Tag 3				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
1	Aufmerksamkeit ist spürbar	In Kleingruppen erzählt ein TN einem anderen von einem Erlebnis. Dabei soll der Zuhörer in der ersten Phase der Übung desinteressiert am Redenden sein (z.B. durch Meiden des Augenkontakts, auf die Uhr schauen) und in der zweiten Phase interessiert am Redenden sein (z.B. durch Augenkontakt, Verständnisfragen).	Die TN erkennen, dass auch in der konstruierten Situation mit klarer Rollenverteilung die Abwesenheit von Aufmerksamkeit intensiv unangenehm ist. Sie verstehen, dass sich ein/e Patient/in im Krankenhaus ähnlich fühlen muss, wenn das Pflegepersonal während der Interaktion noch anderen Tätigkeiten nachgeht. Die TN setzen sich mit dem unangenehmen Gefühl und ihrer eigenen Rolle im Krankenhaus auseinander.	Diese Übung baut auf der Idee von Röschmann und Weber (2008) in deren Übung „Zwei Übungen zur Unterscheidung von fördernden und hemmenden Reaktion“. Die hier verwendete Übung ist stärker dialogisch und auf das Gespräch orientiert, statt auf einzelne Aussagen wie im Original.

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 3				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
2	Kontrollierter Dialog	Jeweils zwei TN streiten in ihrer Kleingruppe in der ersten Phase der Übung miteinander über ein beliebiges Thema. Sie lernen dann den kontrollierten Dialog kennen und wenden ihn in der zweiten Phase der Übung auf die eben ausgelebte Meinungsverschiedenheit an.	Die TN kennen und beherrschen den kontrollierten Dialog und erkennen, dass dadurch die Diskussion konzentrierter, näher am Wesentlichen und weniger emotional verläuft. Sie reflektieren, in welchen Situationen die Methode günstig anzuwenden ist.	Diese Übung ist angelehnt an die Übung „Kontrollierter Dialog“ von Neumann und Heß (2010) bzw. Röschmann und Weber (2008), allerdings in Abgrenzung dazu dialogischer, stärker auf die Streitsituation fokussiert und weniger als Rollenspiel konzipiert.
3	Doppeln	Neutrale Beobachtungen (im Sinne der GFK, also ohne Bewertungen, Gedanken, Gefühle), die von einem TN in einer Kleingruppe geschildert werden, werden von den anderen TN interpretiert hinsichtlich der vermuteten Gefühle, Gedanken, Bewertungen und Wünsche, die in der geschilderten Situation aktiv gewesen sein könnten. Die doppelnden TN sollten ihre Interpretationen aus der Ich-Perspektive wiedergeben und möglichst unterschiedliche Interpretationen der Situation anbieten.	Die TN aktivieren und reflektieren ihre Fähigkeit der Perspektivübernahme. Sie erkennen, dass stets unterschiedliche Interpretationen einer neutralen Situation bestehen können und dass eine treffende Doppelung ein Gefühl der Entspannung und Freude auslösen kann.	Diese Übung ist inspiriert von den Übungen aus dem Bereich „Alter Ego“ von Birkenbihl (2010) und angelehnt an die bei Kipper und Ben-Ely (1979) beschriebene psychodramatische Technik „Double Method“. Diese hat sich laut den Autoren als eine signifikant stärkere Methodik in Empathietrainings erwiesen als beispielsweise die Imagination oder Vorlesungen. Die hier verwendete Übung ist stärker auf das Generieren vielfältiger Interpretationen konzipiert als die Originalmethode.

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 3				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
4	Zuhören mit der GFK	In Kleingruppen berichtet in der ersten Phase der Übung ein TN von einer Situation (ohne Einschränkungen wie etwa in der letzten Übung). Die andern TN sollen daraufhin mit verteilten Verantwortungen die vier Schritte / Ebenen der GFK im Sinne der GFK beim Gegenüber anwenden. Ein TN spiegelt also zuerst die Inhalte der Ebene der Beobachtung, ein weiterer die der Gefühle, ein weiterer die der Bedürfnisse inklusive Bitten / Wünsche. In der zweiten Phase übernimmt ein TN das Spiegeln aller vier Ebenen, sodass eine dialogische Struktur anhand der Ebenen der GFK entstehen kann.	Die TN erkennen, dass mithilfe der GFK ein erfolgreiches Doppeln bzw. Spiegeln sehr fokussiert und rasch gelingen kann. Sie merken, dass hierdurch ein tiefes Gefühl von Erleichterung entstehen kann und der Eindruck beim Redenden entsteht, mit dem verstanden worden zu sein, worum es im Wesentlichen ging. Die TN beherrschen die Anwendung der GFK beim Gegenüber prinzipiell. Sie können die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Methode abschätzen.	Diese Übung eine Weiterentwicklung der obigen Dopplungsübung mit Fokus auf den Ebenen der GFK, daher indirekt wiederum angelehnt an die bei Kipper und Ben-Ely (1979) beschriebene psychodramatische Technik „Double Method“. Die hier verwendete Übung ist darauf fokussiert, statt des inneren Dialogs stärker das innere Erleben zu explizieren, als dies in der Originalmethode angedacht war. Ferner ist die Struktur der Übung durch die Übung „Drei Arten zuzuhören“ von Dürschmidt et al. (2011) inspiriert.
5	Angst? Quatsch!	Anhand eines Arbeitsblattes mit ausgewählten Gefühlswörtern beschreiben die TN in Partnerarbeit eigene, zu den Gefühlen passende Erlebnisse. Dabei liegt der Schwerpunkt der Übung auf der Beschreibung der Intensität und der begleitenden Körperreaktionen (z.B. Veränderung der Atmung, Muskelspannung, innerer Druck, Erröten).	Die TN erkennen, dass sich Bedürfnisse häufig zuerst körperlich manifestieren und dadurch bemerkbar machen. Sie reflektieren ihre eigene Sensibilität für dieses Erleben und wissen, dass eine plötzliche Körperreaktion auf einen plötzlichen Wandel in der Lage der Bedürfnisse (aktiv / inaktiv, erfüllt / unerfüllt) hindeuten kann. Sie verstehen, dass diese Körperreaktionen unwillkürlich vonstattengehen und damit auch als Indikator der Bedürfnislage des Gegenübers fungieren können.	

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 3				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
6	Du Idiot	In Kleingruppen übernimmt ein TN die Rolle eines Aggressors, der einen zweiten TN beleidigt, beschimpft, kleinredet o.ä. Dieser zweite TN hat nun die Aufgabe, auf die Veränderung der eigenen Emotionen zu achten, diese bewusst wahrzunehmen, zu benennen und zu reflektieren.	Die TN erkennen, dass Gegenaggression häufig der erste Impuls in einer Konfrontation ist, diese aber dann vermieden werden kann, wenn man sich selbst Empathie gibt – also auf die eigenen Emotionen und Bedürfnisse bewusst achtet, diese benennt und reflektiert. Sie verstehen, dass diese Selbstklärung Voraussetzung dafür ist, um mit dem Gegenüber in einen konstruktiven Umgang zu kommen, und dass diese Selbstklärung die Chance bietet, eine angespannte Situation ohne nachwirkende, belastende Gefühle zu verlassen.	Diese Einheit ist inspiriert von der Übung „Dampf ablassen“ bei Vopel (2006), wurde jedoch stark verändert. So ist das parallele Element allein das „Dampf ablassen“, der Fokus liegt jedoch auf dem Rezipienten, der Selbstempathie praktiziert, statt auf dem Sender, der angestauten Druck ablässt.
7	Selbstempathie	In Kleingruppen vertiefen die TN die Selbstempathie anhand eigener Situationen. Ein TN berichtet den anderen von einem eigenen Erlebnis und fokussiert sich beim Erzählen bereits darauf, seine eigenen Beobachtungen, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten eindeutig zu benennen und damit für sich selbst zu klären, wobei die anderen TN unterstützen können.	Die TN vertiefen die Anwendung der Selbstempathie und verankern sie durch die Anwendung auf eigene Erlebnisse. Die TN erkennen, dass Selbstempathie zur Entspannung und (Teil-)klärung einer angespannten Interaktion beitragen kann, auch wenn das Gegenüber nicht anwesend ist.	Diese Einheit ist inspiriert von der Arbeit von Fritsch (2008).
Tag 4				
1	Echte Empathie – immer möglich?	Die TN überlegen in Kleingruppen gemeinsam Beispielsituationen aus dem eigenen Arbeitskontext, in denen die Wünsche der Beteiligten nicht vereinbar erscheinen. Für diese Beispiele überlegen sie, welche Bedürfnisse hinter den Wünschen stehen und ob eine Lösung nach diesem Schritt eher möglich erscheint.	Die TN erkennen, dass nach Klärung der Bedürfnisse häufig neue Lösungen entstehen können. Sie verstehen, in welchen Situationen auch durch diesen Schritt zwar keine Lösung, aber über diesen Schritt und das Setzen der eigenen Prioritäten in Kopplung mit empathischem Verstehen eine Akzeptanz der Situation und damit eine emotionale Lösung gefunden werden kann.	

Fortsetzung von Tabelle 5

Tag 4				
Nr.	Name der Einheit	Ablauf	Ziel	Quelle(n)
2	Kennzeichen adäquater Antworten	In der geführten Diskussion im Plenum wird erarbeitet, was unter einer adäquaten empathischen Antwort verstanden werden kann.	Die TN vertiefen die Erkenntnisse aus der letzten Übung zur Lösung oder Prioritätensetzung. Sie erkennen, dass fixe (bzw. als fix akzeptierte) Rahmenbedingungen mitunter eine vollständige Lösung verhindern, dass aber eine emotionale Akzeptanz geschaffen werden kann, indem vermittelt durch empathisches Verstehen die Prioritäten (des Gegenübers und der eigenen Person) bewusst gesetzt und dadurch unerfüllte Bedürfnisse besser ertragen werden können.	
3	Fallbeispiel	Die TN arbeiten in Kleingruppen an einem durch Arbeitsblätter vorgegebenen Rollenspiel. Dabei wird der dort beschriebene Konflikt zwischen einer Pflegeperson und einer Patientin zunächst rückblickend geklärt, wobei die Pflegeperson Empathie gibt und für ihre eigene Selbstempathie sorgt. Daraufhin werden Ideen generiert, wie jeder von beiden dazu beitragen kann, dass bei einer ähnlichen Situation kein neuer Konflikt entsteht. Dabei soll neben den Gefühlen und Bedürfnissen der Patientin und der Pflegeperson besonders die entsprechende Eigenverantwortung berücksichtigt werden.	Die TN erproben die Anwendung der GFK an einem realistischen Praxisfall im geschützten Rahmen der Kleingruppe und reflektieren für sich, welche Effekte sie mit der GFK bereits erzielen können. Sie lernen die Anwendung der Kombination aus Empathie für das Gegenüber und Selbstempathie in einer alltäglichen Arbeitssituation. Sie integrieren die GFK als Verhaltensweise in die alltäglichen Arbeitsschritte und bewerten die Erfolge und Schwierigkeiten.	
4	Rückblick auf den Wunschbaum	Das Training schließt mit einem Rückblick auf die eigenen Erwartungen und Wünsche an das Training vom Anfang. In einer offenen Rückmeldungsrunde können sich alle TN ein letztes Mal mit dem Inhalt auseinandersetzen und die Erfahrungen anhand ihrer initialen Erwartungen reflektieren.	Die TN erinnern sich an den Anfang des Trainings und ziehen ihr persönliches Lern-Fazit. Sie konsolidieren ihre Lernerfolge und konstatieren, inwieweit sich ihr Wissen erweitert und ihre Perspektiven verändert haben.	

5 Methodik

Das im vorangegangenen Kapitel beschriebene Trainingsprogramm wurde in der in dieser Arbeit vorgestellten empirischen Studie umgesetzt, welche im folgenden Kapitel in ihrer Methodik beschrieben wird. Dazu wird zuerst das Design vorgestellt (Kapitel 5.1), welches sich am klassischen Aufbau einer Interventions- und Kontrollgruppen-Studie orientiert, also sowohl Trainings- als auch Kontrollgruppe sowie zwei Messzeitpunkte (prä und post bzw. follow-up) aufweist. Daran schließen die Beschreibungen der Durchführung (Kapitel 5.2) und der Operationalisierung der Hypothesen (Kapitel 5.3) an. Die dafür eingesetzten Messinstrumente (Kapitel 5.4) werden vorgestellt und abschließend die Stichprobe (Kapitel 5.5) beschrieben, an der die Studie durchgeführt wurde.

5.1 Design der Studie

Ziel des Projektes ist die Evaluation des in Kapitel 4 beschriebenen Trainingsprogramms zur Reflexion des Umgangs mit Empathie mithilfe der Methodik der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg (2003) bei Auszubildenden in der Krankenpflege⁶. Es wurde dabei ein Längsschnittdesign mit Programmeinsatz über vier Tage en bloc in den Trainingsgruppen versus regulärem nicht Empathie spezifischem Unterricht in den Kontrollgruppen eingesetzt. Die unabhängige Variable stellt diese person-orientierte Intervention dar. Das Vorgehen wird anhand der nachfolgenden Darstellung des Untersuchungsdesigns in Abbildung 12 verdeutlicht und folgt dem klassischen Vortest-Nachtest-Follow-up-Vergleichsgruppen-Plan (Hager, Patry & Brezing, 2000). Das Vorgehen ist insofern experimentell, als dass die Teil-

⁶ Begründung der Stichprobe in Kapitel 3

nehmenden den Bedingungen zugewiesen wurden, insofern quasi-experimentell, als dass die einzelnen Probanden nicht individuell, sondern nur in Gruppen (Klumpenstichproben) den Bedingungen zugewiesen wurden, die experimentelle Bedingung (also das Training) nicht vollständig standardisiert durchgeführt werden konnte (beispielsweise Gruppenübungen) und die Dritt- bzw. Störvariablen nur begrenzt kontrolliert werden konnten.

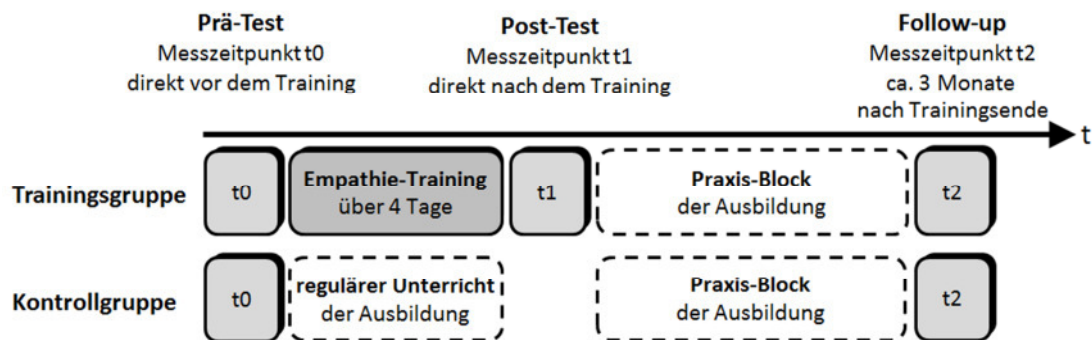


Abbildung 12. Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie im zeitlichen Verlauf

Die Messung der Veränderung verläuft also über drei Messzeitpunkte, wobei die Effekte der Veränderung durch das Training durch den Vergleich der Veränderungen der experimentellen Gruppen (Trainings- vs. Kontrollgruppe) von t0 zu t2 berechnet werden. Der Messzeitpunkt t1 dient der formativen Evaluation und wurde entsprechend nur für die Trainingsgruppe geplant. Auf eine Erhebung der inhaltlichen Skalen wurde zu t1 verzichtet, da die vermuteten Änderungen durch das Training erst in der Praxis zum Tragen kommen können. Daher wurden die zeitlich Platzierung des Trainings in den jeweiligen Gruppen so angelegt, dass in den anschließenden drei Monaten nach t0 eine Praxisphase der Ausbildung geplant war. Der Follow-up-Messzeitpunkt t2 erhebt also die Veränderung über die Zeit mit vs. ohne Training nach Absolvieren der praktischen Tätigkeit (nach Vorgabe des Kurrikulums der Ausbildung mit einer Dauer von sechs Wochen).

5.2 Durchführung

Zur Akquise der Stichprobe der Trainings- und Kontrollgruppe wurden alle Schulen mit vollständiger Krankenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen angeschrieben

und das Konzept der Studie erläutert. Von den Schulen, die zur Teilnahme bereit waren, wurden per Zufall festgelegt, welche zur Trainings- bzw. zur Kontrollgruppe gehören sollten. Aus rechtlichen und datenschutzrechtlichen Gründen wird auf eine Auflistung der Schulen und eine schulen-spezifische Auswertung verzichtet; stattdessen wird nur die Verteilung der Schulen auf die Städte zur allgemeinen Stichprobenbeschreibung angegeben (vgl. Tabelle 6 und 7). Entsprechend werden die einzelnen TrainerInnen über Buchstaben codiert und nicht namentlich benannt.

Die Untersuchungen wurden im Zeitraum von Juli 2012 bis Februar 2013 durchgeführt. Die Trainings lagen im Zeitraum von Juli bis November 2012. Als Teilgruppen, aus denen sich die Trainingsgruppe zusammensetzt, wurden die festen Ausbildungsgruppen der jeweiligen Schulen genutzt, sodass bei Übungen auf den bestehenden Bekanntheitsgrad der SchülerInnen untereinander gebaut und auf Übungen zur Gruppendynamik bzw. Gruppenformung verzichtet werden konnte. Die Trainings wurden im Rahmen der regulären Unterrichtszeit durchgeführt, also ins bestehende Ausbildungskurrikulum integriert. Entsprechend erhielt die Kontrollgruppe den Unterricht nach regulärer Planung ohne die spezifischen Inhalte des Empathietrainings, sodass die Trainingsgruppe nicht quantitativ mehr Unterricht erhielt.

Die Studie wurde an Auszubildenden im dritten Lehrjahr durchgeführt. Bei allen Gruppen (Trainings- und Kontrollgruppe gleichermaßen) wurde zunächst in einem Prä-Test (Messzeitpunkt t_0) eine summative paper-pencil-Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt, die Ausgangslage bzw. Baseline hinsichtlich der erhobenen Variablen zu erfassen. Die Trainingsgruppe (vgl. Tabelle 7) erhielt gleich im Anschluss an diese Befragung das viertägige Empathietraining. Das Trainingsprogramm wurde anhand des Trainingsmanuals durchgeführt, in dem alle inhaltlichen Einheiten und Übungen detailliert beschrieben stehen (vgl. Altmann & Roth, 2013). Die vier TrainerInnen, die in der Regel zu zweit die Trainings durchführten (vgl. Tabelle 7), waren sowohl anhand des Manuals geschult als auch durch die vorherige Durchführung in der Vorstudie erfahren in der Umsetzung des Trainings.

Direkt nach dem Training wurde diese Gruppe wiederum schriftlich befragt, wobei hier lediglich die formative Evaluation (Bewertung des Trainings, der Trainingsleitung u.ä.) und eine Überprüfung der im Training vermittelten Wissensinhalte erhoben wurden (Posttest, Messzeitpunkt t_1). Zusätzlich wurde nach jedem Tag eine qualitative Evaluation des Trainings erhoben. Die Kontrollgruppe erhielt anstelle der Trainings den regulären Unterricht ohne die spezifischen Inhalte des Trainings.

Nach durchschnittlich 3.3 Monaten (vgl. Tabelle 6 und 7) wurde mit allen StudienteilnehmerInnen (Trainings- und Kontrollgruppe) erneut die summative paper-pencil-Untersuchung durchgeführt (Follow-up, Messzeitpunkt t2), um damit die Veränderung zum Prä-Test zu erfassen und somit Auskunft über die Wirksamkeit des Programmes zu erlangen. Sämtliche Untersuchungen wurden als Fragebogenuntersuchungen im Gruppenverband durchgeführt, bei der jeweils mindestens ein/e StudienleiterIn anwesend war.

Tabelle 6. Beschreibung der Kontrollgruppen anhand organisatorischer Variablen

Nr.	Stadt	Anzahl TN	Datum Prä-Erhebung	Follow-up-Zeitraum in Monaten
1	Bonn	37	Dez 2012	2.3
2	Essen	39	Nov 2012	3.3
3	Euskirchen	48	Nov 2012	3.0
4	Metternich	18	Okt 2012	3.8
5	Stolberg	51	Nov 2012	3.1
6	Stolberg	45	Nov 2012	3.8
$\Sigma=238$				$M=3.2$ $SD=0.5$

Anmerkungen. TN TeilnehmerInnen. M Mittelwert. SD Standardabweichung. Mittelwert und Standardabweichung des Follow-up-Zeitraums gewichtet anhand der TN-Anzahl.

Tabelle 7. Beschreibung der Trainingsgruppen anhand organisatorischer Variablen

Nr.	TrainerIn	Stadt	Anzahl TN	Trainingsdatum	Follow-up-Zeitraum in Monaten
1	A & C	Düsseldorf	25	Jul 2012	3.4
2	A	Bonn	27	Jul 2012	3.5
3	B	Bonn	28	Jul 2012	3.5
4	C	Bonn	27	Jul 2012	3.5
5	A & B	Aachen	21	Aug 2012	2.8
6	A & B	Köln	21	Sep 2012	2.8
7	A & C	Düsseldorf	19	Okt 2012	3.5
8	A & D	Köln	20	Nov 2012	3.2
9	A & B	Köln	22	Nov 2012	3.0
			$M=23.3$		
			$\Sigma=210$		
				$M=3.3$	
				$SD=0.3$	

Anmerkungen. TN TeilnehmerInnen. M Mittelwert. SD Standardabweichung. Mittelwert und Standardabweichung des Follow-up-Zeitraums gewichtet anhand der TN-Anzahl. TrainerInnen sind nur mit Buchstaben codiert verzeichnet.

Kritisch ist hierbei bereits anzumerken, dass die Verteilung der Trainingsgruppen auf die TrainerInnen in der Umsetzung keinem balancierten Design folgen konnte. So ergibt sich eine ungleiche Gewichtung der Einflussnahme der TrainerInnen durch die unterschiedliche Anzahl der von ihnen trainierten Auszubildenden. In Tabelle 8 ist dies anhand eines Gewichtungskoeffizienten dargestellt: Der Einflussfaktor ent-

spricht der auf 100 skalierten Relation der pro TrainerIn betreuten TeilnehmerInnen zur Gesamtzahl der TeilnehmerInnen.

Tabelle 8. TrainerInnen mit Anzahl der betreuten Gruppen und TeilnehmerInnen sowie Einflussfaktor

TrainerIn	Anzahl der betreuten Gruppen	Anzahl der betreuten TN	Einflussfaktor
A	7	155 (118)	45.9 (47,0)
B	4	92 (67)	27.2 (26,7)
C	3	71 (50)	21.0 (19,9)
D	1	20 (16)	5.9 (6,4)

Anmerkungen. TN TeilnehmerInnen. Werte in Klammern beziehen sich auf Anzahl der betreuten TN, die in die Hauptanalyse eingeflossen sind, also bezüglich der Substichprobe TG-t0-T-t2, vgl. Kapitel 5.5. Einflussfaktor als auf 100 skalierte Relation der pro TrainerIn betreuten TeilnehmerInnen zur Gesamtzahl der TeilnehmerInnen.

5.3 Hypothesen und Operationalisierung

Die Hypothesen ergeben sich aus den in Kapitel 3 beschriebenen Annahmen zur Wirksamkeit des Trainingsprogramms und gliedern sich – wie beschrieben – in die beiden Bereiche Veränderungen in der Empathie und Veränderungen bezüglich der Folgen des empathischen Kurzschlusses (EKS). Der erste Bereich unterteilt sich wiederum in die beiden Kategorien Empathie für andere und Selbstempathie. Bezüglich der Empathie für andere wird zuerst erwartet, dass sich keine Veränderung in den Trait-Maßen zur Empathiemessung ergibt. Der *Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)* mit den vier Dimensionen *Empathic Concern*, *Fantasy*, *Personal Distress* und *Perspective Taking* wird hierzu eingesetzt⁷. Änderungen werden dagegen bei den TrainingsteilnehmerInnen in der Selbst-Andere-Differenzierung erwartet, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Gefühlen und Bedürfnissen anderer unter Abgrenzung der eigenen verstärkt. Dies wurde mit der Dimension *Involviertheit* des *Maslach Burnout Inventars (MBI)* umgesetzt. Es wird weiter eine Veränderung im Umgang mit den Emotionen anderer erwartet, der sich durch die Beschäftigung mit der GFK zu einem gewaltfreieren Umgang auf Basis von Achtsamkeit und Bewertungsfreiheit entwickeln sollte. Dies ist mit der Dimension *Empathie für andere*

⁷ Die Formulierung dieser Hypothese der Nullveränderung dient außerdem dem Nachweis der Spezifität des Trainings, denn sollten die Ergebnisse für alle Hypothesen sprechen und ausschließlich Änderungshypothesen formuliert worden sein, spricht das zwar für die Wirksamkeit des Trainings, es ist aber dadurch in seiner Spezifik nicht beschreibbar, da sich so nur der Effekt einer generellen Veränderung abzeichnen würde.

des Bogens zur *Self-Other Empathy (SOE)* erfasst worden. Damit einher geht das Akzeptieren der Sichtweisen der anderen, was mit der Dimension *Wertepluralismus* des *Inventars sozialer Kompetenzen (ISK)* erhoben wird, und die Bereitschaft zum Zuhören, erhoben mit der Dimension *Zuhören* desselben Inventars. Dies kann mit dem besseren Erkennen von Emotionen bei anderen einhergehen, wozu die Dimension *Erkennen von Emotionen bei anderen* des *Emotionale-Kompetenz-Fragebogens (EKF)* erhoben wird.

Bezüglich der Selbstempathie wird erwartet, dass sich auch der Umgang mit den eigenen Emotionen in einen achtsamen und akzeptierenden Umgang im Sinne der Haltung der GFK verändert, was mit der Dimension *Selbstempathie* des *SOE* erfasst werden soll. Als Indikatoren für die erwartete Steigerung im Bewusstsein und Erleben der eigenen Emotionen werden die Dimensionen *Aufmerksamkeit* des Inventars *Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)*, *Erkennen eigener Emotionen* des *EKF* und *Erleben von Emotionsmangel* der *Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)* eingesetzt. Die eindeutigere Identifikation der eigenen Emotionen wird mit der Dimension *Klarheit* des *SEK-27* sowie der Dimension *Beschreiben* des *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)* erhoben. Über die damit realisierte Selbsterkenntnis wird erwartet, dass auch das Verständnis der für die eigenen Emotionen erhöht wird, was über die Dimension *Verstehen* des *SEK-27* erhoben wird. Über die gewaltfreie Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen im Training wird ebenfalls angenommen, dass die Akzeptanz der eigenen Emotionen gesteigert wird. Dazu werden die Dimensionen *Akzeptanz* der *SEK-27*, *Akzeptieren ohne Bewertung* des *KIMS-D* und *Akzeptanz eigener Emotionen* der *SEE* eingesetzt. In der Folge ist davon auszugehen, dass auch stärkere Emotionen besser ausgehalten werden und trotz der Belastung durch die starken Emotionen eine höhere Handlungsfähigkeit aufrechterhalten werden kann. Dies wird mit den Dimensionen *Regulation*, *Resilienz* und *Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft* der *SEK-27* erhoben.

Bei den erwarteten Veränderungen bezüglich der Folgen des EKS steht an erster Stelle die Reduzierung mit der Unzufriedenheit mit dem Beruf, erfasst über die Dimension *Arbeitsunzufriedenheit* des Inventars *Berufliche Belastung (BEL)*. In Assoziation dazu steht die erwartete Veränderung im Belastungserleben, die allgemein über die Dimension *Überforderung* des *BEL* und speziell im Sinne der kognitiven Belastung über die Dimension *Kognitive Irritation* aus der *Irritationsskala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen* – kurz: *Irritationsskala (IS)*, sowie im Sinne der emotionalen Belastung über die Dimension *Emotionale Irritation* dersel-

ben Skala messbar gemacht werden soll. Schließlich wird erwartet, dass sich die Indizien für Symptome des Burnouts sowie für psychosomatische Symptome reduzieren. Dies wird mit den drei klassischen Dimensionen *Emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisierung* und *Persönliche Leistungsfähigkeit* des MBI sowie den Dimensionen *Ängstlichkeit*, *Depressivität*, *Somatisierung* und *Unsicherheit im Sozialkontakt* aus der *Symptom-Checkliste (SCL-90-R)* erfasst.

5.4 Messinstrumente

Im Rahmen des Projektes, in dem diese Arbeit entstanden ist, wurden verschiedene Messinstrumente über die hier verarbeiteten hinaus eingesetzt. In der Vollständigkeit sind diese im Anhang aufgelistet. In der folgenden Tabelle 9 sind alle die Inventare verzeichnet, die für die vorliegende Arbeit genutzt wurde. Dazu ist der jeweilige Einsatz zu den Erhebungen bzw. Messzeitpunkten aufgeführt. Anschließend werden die einzelnen Inventare beschrieben, die in der vorliegenden Arbeit eingesetzt wurden, wie im obigen Kapitel zur Operationalisierung beschrieben.

Tabelle 9. Zu den drei Messzeitpunkten in der Trainings- bzw. Kontrollgruppe eingesetzte Verfahren der formativen und summativen Evaluation

Inventare	Trainings- / Kontrollgruppe	Messzeitpunkt		
		t0	t1	t2
Berufliche Belastung (BEL)	TG	X		X
	KG	X		X
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)	TG	X		X
	KG	X		X
Formative Evaluation	TG		X	
	KG			
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)	TG	X		X
	KG	X		X
Irritationsskala (IS)	TG	X		X
	KG	X		X
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)	TG	X		X
	KG	X		X
Maslach Burnout Inventar (MBI)	TG	X		X
	KG	X		X
Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)	TG	X		X
	KG	X		X
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)	TG	X		X
	KG	X		X
Self-Other Empathy Fragebogen (SOE)	TG	X		X
	KG	X		X
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)	TG	X		X
	KG	X		X

Inventare	Trainings- / Kontrollgruppe	Messzeitpunkt		
		t0	t1	t2
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	TG	X		X
	KG	X		X
Wissensfragen zu Differenzierungen in der GFK	TG	X	X	X
	KG	X		X

Anmerkungen. TG Trainingsgruppe, KG Kontrollgruppe, t0 erster Messzeitpunkt (prä; Ersterhebung – für die TG: direkt vor dem Training), t1 zweiter Messzeitpunkt (post; nur TG; direkt nach dem Training), t2 dritter Messzeitpunkt (follow-up; durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung).

Die im Folgenden aufgeführten Beschreibungen der Inventare und ihrer Kennwerte orientieren sich stets und soweit möglich an den Beschreibungen der Autoren. Die Kennwerte (z.B. Cronbachs Alpha) aus der vorliegenden Studie sind ausführlich in Tabelle 13 in Kapitel 6.1.1 wiedergegeben.

5.4.1 Berufliche Belastung (BEL)

Im Inventar zur *Beruflichen Belastung* (BEL; Enzmann & Kleiber, 1989) werden konkrete berufliche Belastungen im Sinne allgemeiner beruflicher Unzufriedenheit, Überforderung, Selbstentfaltung und hierarchisch-kompetitivem Druck bzw. Kontrolle erfasst. Daraus ergeben sich drei Subskalen (mit Itemanzahl und Reliabilitätswert nach Schmitz, 1999):

- *Arbeitsunzufriedenheit* (6 Items, Cronbachs Alpha .81-.83)
- *Kontrolliertheitserleben* (3 Items, Cronbachs Alpha .57-.85)
- *Überforderung* (6 Items, Cronbachs Alpha .73-.82)

Für die Subskalen sind anscheinend keine Beschreibungen von den Autoren verfasst worden, sodass hier die folgende Zusammenfassung der Iteminhalte zu diesem Zwecke ausreichen muss.

Die Subskala *Arbeitsunzufriedenheit* erfasst, inwieweit fehlende Freude am eigenen Beruf erlebt wird, die eigenen Ideale nicht mit der Arbeit harmonieren und ein Wechsel des Berufs infrage kommt. Mit der Subskala *Überforderung* wird Belastetheit, Überforderung, Zeitdruck und fehlende Entspannung erhoben. Die Subskala *Kontrolliertheitserleben* misst Konflikte mit Vorgesetzten und das Gefühl, allgemein und durch Kollegen kontrolliert / überwacht zu werden. Die Items sind dabei primär für den psychosozialen Bereich konzipiert. Daher musste bei Item 12 das Wort „Klienten“ in „Patienten“ geändert werden, um es dem sozial-medizinischen Fokus der hier untersuchten Stichprobe anzupassen. Die fünfstufige Likert-Skala von 1 „trifft gar nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“ wurde wie bei Schmitz (1999) verwendet.

5.4.2 Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)

Der *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)* (Rindermann, 2009) ist ein Inventar zur Einschätzung emotionaler Kompetenzen und emotionaler Intelligenz aus Selbst- und Fremdsicht. Nach Rindermann wird emotionale Kompetenz als Fähigkeit verstanden, die aus mehreren Dimensionen zusammengesetzt ist. Im Wesentlichen sind das das Erkennen eigener Gefühle, das Erkennen der Gefühle anderer, der Ausdruck von Gefühlen sowie der Umgang mit ihnen. Über diese Dimensionen ist das Konzept auch definiert: „Emotionale Kompetenz ist die Fähigkeit zum Erkennen und Ausdrücken von Emotionen sowie zu einem angemessenen Umgang mit Gefühlen“ (Rindermann, 2009, S. 7).

In der vorliegenden Studie wurden die folgenden zwei Subskalen ausgewählt und nur die Form der Selbsteinschätzung verwendet (Itemanzahl und Reliabilitätswert nach Rindermann, 2009):

- *Erkennen eigener Emotionen* (15 Items, Cronbachs Alpha .88)
- *Erkennen von Emotionen bei anderen* (17 Items, Cronbachs Alpha .91)

Die Subskalen *Erkennen von Emotionen bei anderen* erfasst die Fähigkeit, verbal oder non-verbal ausgedrückte Gefühle und Stimmungen bei anderen Menschen in konkreten Situationen zu erkennen und zu verstehen. Das wird als Voraussetzung für den angemessenen Umgang mit den Gefühlen anderer angesehen und gilt damit als Grundlage für kompetentes Verhalten in sozialen Situationen. Die Subskala *Erkennen eigener Emotionen* beschreibt die Fähigkeit, die eigenen Gefühle (ob positiv oder negativ) zu erkennen und zu verstehen. Diese Fähigkeit wird als Voraussetzung für den kompetenten Umgang mit den eigenen Gefühlen angenommen. Die Subskalen werden mit der im Manual vorgeschlagenen etablierten fünfstufigen Likert-Skala von 1 „stimmt überhaupt nicht“ bis 5 „stimmt vollständig“ erhoben.

5.4.3 Formative Evaluation

Die Items zur formativen Evaluation des Trainings umfassen die folgenden, insgesamt 52 selbst erstellte Fragen zur Bewertung des Trainings hinsichtlich der 16 folgenden Bereiche (in der Durchführung wurde das Training hier als Seminar bezeichnet, damit es in die Nomenklatur der Ausbildungsstätten passt):

- I. Persönliche Bewertung des Seminars
 1. Ich habe das Seminar gerne besucht.
 2. Das Seminar hat meine Erwartungen erfüllt.
 3. Das Seminar war eine persönliche Bereicherung für mich.
 4. Ich habe in diesem Seminar viel dazugelernt.
 5. Das Seminar hat mein Interesse an dem Thema geweckt / verstärkt.
- II. Struktur und Aufbau
 6. Das Seminar war gut organisiert.
 7. Der „rote Faden“ des Seminars war gut erkennbar.
 8. Die Lernziele des Seminars wurden deutlich gemacht.
 9. Es wurden genügend Beispiele und Veranschaulichungen eingesetzt.
 10. Die Folien waren gut verständlich.
 11. Die Arbeitsmaterialien waren nützlich.
 12. Es bestand angemessene Gelegenheit für Fragen und Diskussionen.
 13. Das Seminar versetzt mich in die Lage, die Inhalte selbstständig zu vertiefen.
- III. Verständlichkeit
 14. Meine Vorkenntnisse waren ausreichend.
 15. Ich habe die Seminarinhalte verstanden.
 16. Dem Tempo der Vermittlung bzw. Erarbeitung der einzelnen Seminarinhalte konnte ich gut folgen.
- IV. Die Dozierenden...
 17. waren fachlich kompetent.
 18. vermittelten die Inhalte anschaulich und nachvollziehbar.
 19. wirkten motivierend.
 20. förderten die offene und freie Beteiligung im Seminar.
 21. zeigten sich am Lernerfolg der TeilnehmerInnen interessiert.
 22. konnten mit Fragen der TeilnehmerInnen kompetent umgehen.
- V. Übungen
 23. Die einzelnen Übungen wurden verständlich in den Gesamtkontext eingebettet.
 24. Die Lernziele der einzelnen Übungen wurden deutlich gemacht.
 25. Die einzelnen Übungen erschienen mir sinnvoll.
 26. Die Übungen haben mir geholfen, die Seminarinhalte vertiefend zu verstehen.
- VI. Erfahrungen im Seminar
 27. Im Seminar hatte ich die Gelegenheit, mich selbst besser kennenzu-

lernen.

28. Im Seminar konnte ich mich auf mein Erleben konzentrieren.

29. Im Seminar konnte ich einer anderen Person Empathie geben.

30. Ich konnte im Seminar von einer anderen Person Empathie empfangen.

31. Das Seminar hat mich zur inneren Auseinandersetzung mit dem Thema Empathie angeregt.

32. Die Seminarinhalte habe ich als Angebot für meinen persönlichen „Werkzeugkoffer“ an Verhaltensmöglichkeiten erlebt.

33. Ich habe das Gefühl, dass ich frei entscheiden kann, ob ich das Gelernte anwenden möchte oder nicht.

VII. Praxisbezug

34. Die Seminarinhalte sind relevant für meinen Berufsalltag.

35. Die Seminarinhalte scheinen mir im Berufsalltag gut umsetzbar.

36. Der Bezug zwischen den Seminarinhalten und dem Berufsfeld bzw. der Anwendung der Inhalte wurde deutlich gemacht.

VIII. Motivation Teilnehmer...

37. zu Beginn des Seminars

38. im Seminar

39. zur weiteren Vertiefung der Inhalte nach dem Seminar

IX. Engagement Teilnehmer...

40. in den Kleingruppen

41. in der großen Runde

X. Dauer des gesamten Seminars

42. Gesamtbewertung als Schulnote

43. zu kurz / zu lang

XI. Dauer der einzelnen Tage des Seminars

44. Gesamtbewertung als Schulnote

45. zu kurz / zu lang

XII. Menge der behandelten Inhalte

46. Gesamtbewertung als Schulnote

47. zu wenig Stoffe / zu viel Stoff

XIII. Verhältnis von Theorie und praktischen Übungen

48. Gesamtbewertung als Schulnote

49. zu viel Theorie / zu viele praktische Übungen

XIV. Formale Gestaltung der Tage (Pausen etc.)

50. Gesamtbewertung als Schulnote

XV. Atmosphäre im Seminar

51. Gesamtbewertung als Schulnote

XVI. Ihr Gesamteindruck vom Seminar

52. Gesamtbewertung als Schulnote

Diese umfangreiche Zahl an Items wurde nun zur Vermeidung von Redundanz und zur inhaltlich Fokussierung im Sinne der Fragestellung der Arbeit reduziert. Durch Ausschluss inhaltlich sehr ähnlicher Items (z.B. „Der „rote Faden“ des Seminars war gut erkennbar.“ vs. „Die Lernziele des Seminars wurden deutlich gemacht.“) und durch Verzicht auf inhaltlich für diese Arbeit wenig relevante Items (z.B. „Ich habe das Gefühl, dass ich frei entscheiden kann, ob ich das Gelernte anwenden möchte oder nicht.“ oder „Die Folien waren gut verständlich.“) wurde die Zahl der auszuwertenden Items auf 26 fokussiert. Diese wurden wie folgt diesen neun Bereichen zugeordnet:

- I. Struktur und Aufbau
 1. Der „rote Faden“ des Seminars war gut erkennbar.
 2. Es wurden genügend Beispiele und Veranschaulichungen eingesetzt.
 3. Es bestand angemessene Gelegenheit für Fragen und Diskussionen.
 4. Das Seminar versetzt mich in die Lage, die Inhalte selbstständig zu vertiefen.
- II. Verständlichkeit
 5. Ich habe die Seminarinhalte verstanden.
 6. Dem Tempo der Vermittlung bzw. Erarbeitung der Seminarinhalte konnte ich gut folgen.
- III. Die TrainerInnen...
 7. ... waren fachlich kompetent.
 8. ... vermittelten die Inhalte anschaulich und nachvollziehbar.
 9. ... förderten die offene und freie Beteiligung im Seminar.
 10. ... konnten mit Fragen der TeilnehmerInnen kompetent umgehen.
- IV. Übungen
 11. Die Übungen haben mir geholfen, die Seminarinhalte vertiefend zu verstehen.
- V. Erfahrungen im Seminar
 12. Im Seminar konnte ich einer anderen Person Empathie geben.
 13. Ich konnte im Seminar von einer anderen Person Empathie empfangen.
 14. Das Seminar hat mich zur inneren Auseinandersetzung mit dem Thema Empathie angeregt.

- VI. Praxisbezug
 - 15. Die Seminarinhalte sind relevant für meinen Berufsalltag.
 - 16. Die Seminarinhalte scheinen mir im Berufsalltag gut umsetzbar.
- VII. Motivation der TeilnehmerInnen
 - 17. zu Beginn des Seminars
 - 18. im Seminar
- VIII. Gesamtbewertung des Seminars
 - 19. Ich habe das Seminar gerne besucht.
 - 20. Das Seminar war eine persönliche Bereicherung für mich.
 - 21. Ich habe in diesem Seminar viel dazugelernt.
- IX. Gesamtbewertung des Seminars (in Schulnoten)
 - 22. Dauer des gesamten Seminars
 - 23. Menge der behandelten Inhalte
 - 24. Verhältnis von Theorie und praktischen Übungen
 - 25. Atmosphäre im Seminar
 - 26. Gesamteindruck vom Seminar

Die Generierung und Auswahl der Items zur formativen Evaluation richtete sich nach den Standards der Evaluationsforschung aus (Gollwitzer & Jäger, 2007; Kirkpatrick, 1987; Mittag & Hager, 2000). Dabei wurden besonders die Bereiche Durchführbarkeit, Anpassung an die Rahmenbedingungen, Akzeptanz, Qualität und Datenquelle im Sinne der Reaktion der TeilnehmerInnen auf die Intervention fokussiert, um die Bewertung der Programmimplementation treffen zu können⁸. Alle Fragen sind mit einer Likert-Skala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme vollkommen zu“ erhoben worden, bis auf den letzten Bereich, bei dem analog zu den Schulnoten die Skalierung 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“ genutzt wurde.

5.4.4 Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)

Das *Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)* von Kanning (2009) ist ein Breitbandverfahren zur Erfassung vielfältiger, allgemeiner sozialer Kompetenzen. Dabei werden soziale Kompetenzen situationsübergreifend erhoben und sind damit unabhängig von

⁸ Andere Bereiche der Evaluation wie Probedurchlauf, Prozess- oder Zwischenevaluation, Programmoptimierung, Revision der Vorannahmen, Bewertung der Interventionsziele oder Prüfung der Ausführungsintegrität sind an entsprechender Stelle wie z.B. Kapitel 4.2.2 zur Vorstudie verzeichnet.

spezifischen privaten oder beruflichen Settings. Soziale Kompetenz wird dabei definiert als „Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert“ (Kanning, 2009, S. 8). Dabei wird wiederum sozial kompetentes Verhalten verstanden als „Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird“ (Kanning, 2009, S. 8). Faktorenanalytisch wurden 17 Kompetenzen (Primärskalen) zu vier Bereichen (Sekundärskalen) zugeordnet, die mit insgesamt 108 Items erfasst werden:

- *Offensivität (Durchsetzungsfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Extraversion, Entscheidungsfreudigkeit)*
- *Soziale Orientierung (Prosozialität, Perspektivenübernahme, Wertepluralismus, Kompromissbereitschaft, Zuhören)*
- *Reflexibilität (Selbstdarstellung, direkte Selbstaufmerksamkeit, indirekte Selbstaufmerksamkeit, Personenwahrnehmung)*
- *Selbststeuerung (Selbstkontrolle, Emotionale Stabilität, Handlungsflexibilität, Internalität)*

In der vorliegenden Studie wurde der Bereich der *sozialen Orientierung* fokussiert und daraus die beiden Primärskalen *Zuhören* und *Wertepluralismus* genutzt. *Zuhören* erfasst laut Kanning (2009) schlicht das einfache, alltägliche Zuhören. Mit sechs Items erreicht die Skala ein Cronbachs Alpha von .80 (Kanning, 2009). Die Skala *Wertepluralismus* spiegelt die Toleranz gegenüber anderen Meinungen wider. Hierunter wird auch die Fähigkeit gefasst, Werthaltungen und Normen in Frage stellen und bei sich selbst korrigieren zu können, sowie die Gesellschaft von Menschen verschiedenster Werthaltungen zu suchen. Die sieben Items dieser Skala erreichen ein Cronbachs Alpha von .69 (Kanning, 2009). Beide Skalen wurden mit der im Manual vorgestellten etablierten vierstufigen Likert-Skala von 1 „trifft gar nicht zu“ bis 4 „trifft sehr zu“ erhoben. Zum ISK liegen zurzeit keine Daten über die Veränderungssensitivität vor. Die ausgewählten Subskalen *Zuhören* und *Wertepluralismus* sind inhaltlich und von der Formulierung her jedoch eher als veränderungssensitive Maße einsetzbar, anders als beispielsweise *Extraversion* oder *Selbstdarstellung*. Entsprechend werden sie hier verwendet.

5.4.5 Irritationsskala (IS)

Die *Irritationsskala (IS)*; Mohr et al., 2007) erfasst arbeitsbezogene Folgen von Beanspruchungen, die sich in einem psychischen Erschöpfungszustand bzw. einer psychischen Beeinträchtigung im Befinden niederschlagen. Irritation ist also im Wesentlichen ein Indikator für tätigkeitsspezifische Stressoren. In Abgrenzung zu Ermüdung ist dieser Zustand durch Pausen nicht mehr zu kompensieren, aber in Abgrenzung zum Krankheitszustand noch nicht chronisch. Irritationsreaktionen zeichnen sich durch Rumination und/oder Gereiztheitsreaktionen aus. Das in der Folge auftretende Ausschöpfen psychischer Ressourcen und die Vermeidung von Belastungssituationen kann zu einer negativen Rückkopplung und damit Verstärkung negativer Gefühle führen, was letztlich in anderen psychischen Beeinträchtigungen wie Ängstlichkeit, Depressivität, psychosomatischen Beschwerden oder Verlust des Selbstwertgefühls münden kann. Die Facetten *Kognitive Irritation* (drei Items) und *Emotionale Irritation* (fünf Items) können zusätzlich zum Gesamtscore ausgewertet werden.

Die interne Konsistenz hat sich über verschiedene Stichproben hinweg als stabil erwiesen und Cronbachs Alpha liegt je nach Stichprobe typischerweise im Bereich zwischen .81 und .91 bzw. bei Betrachtung einer Gesamtstichprobe von $N=4.735$ bei .89 (Mohr et al., 2007). Die etablierte siebenstufige Likert-Skala mit 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft fast völlig zu“ wurde auch in der vorliegenden Studie verwendet.

5.4.6 Kentucky Inventory of Mindfulness Skills – deutsche Fassung (KIMS-D)

Das *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)*; Baer, Smith & Allen, 2004) ist ein veränderungssensitives Inventar zur Erfassung der Achtsamkeit. Darunter wird jener Bewusstseinszustand verstanden, in dem die eigene Aufmerksamkeit bewusst und bewertungsfrei auf den konkreten gegenwärtigen Augenblick und die darin enthaltenen Erlebensaspekte (Emotionen, Gedanken, Wahrnehmungen) gerichtet wird. Sie ist als offene und akzeptierende Haltung zu verstehen, die nur auf den aktuellen Moment ausgerichtet ist. Durch die Konzentration auf das im Augenblick Wahrnehmbare sollen Tendenzen der Selbstbewertung, Rumination, Katastrophisierung und Sorgen vermieden werden (Ströhle, Nachtigall, Michalak & Heidenreich, 2010).

Achtsamkeit wird im *KIMS* mit vier Subskalen erfasst: *Beobachten*, *Beschreiben*, *Mit Aufmerksamkeit Handeln* und *Akzeptieren ohne Bewertung*, wovon in der vorliegenden Studie die folgenden beiden ausgewählt wurden (mit Itemanzahl und Reliabilitätswert nach Ströhle et al., 2010):

- *Akzeptieren ohne Bewertung* (9 Items, Cronbachs Alpha von .89)
- *Beschreiben* (8 Items, Cronbachs Alpha von .92)

Die Subskala *Beschreiben* stammt aus tradierten Übungen zur Meditation, in denen die Wahrnehmungen ohne Bewertungen kurz benannt werden sollen. Das Benennen soll kurz sein, z.B. Benennen von Gefühlen als Traurigkeit oder Ärger, und ohne weitere Analyse der Herkunft stattfinden. Die Subskala *Akzeptieren ohne Bewertung* beschreibt das Akzeptieren der Dinge, wie sie sind (statt sie ändern oder vermeiden zu wollen), und ist wiederum Indikator der bewertungsfreien Haltung gegenüber den aktuellen Erfahrungen (also ohne Bewertungen wie gut/schlecht, wertvoll/wertlos, richtig/falsch). Allen Skalen ist gemein, dass Achtsamkeit im Sinne einer erlern- bzw. trainierbaren Kompetenz erfasst wird, also veränderungssensitiv ist und ergo kein Temperamentsmerkmal widerspiegelt. Die in der vorliegenden Studie genutzte deutsche Fassung (*KIMS-D*) ist maximal nah am Original formuliert und stammt von Ströhle et al. (2010). Die etablierte fünfstufige Likert-Skala von 1 „trifft nie oder sehr selten zu“ bis 5 „trifft sehr oft oder immer zu“ wurde verwendet.

5.4.7 Maslach Burnout Inventar (MBI)

Das *Maslach Burnout Inventar* (*MBI*; Maslach & Jackson, 1986) erfasst im Wesentlichen, inwieweit die Bewältigung intensiver emotionaler Belastungen im Kontext sozialer Arbeit gelingt bzw. wie stark der Erschöpfungszustand, der emotionale Rückzug und die depressiv-unzufriedene Stimmung als Folgeerscheinungen ausgeprägt sind. Das *MBI* ist das verbreitetste Inventar zur Burnout-Messung (Schmitz, 1999) und setzt sich im Original von Maslach und Jackson (1986) aus drei Subskalen zusammen:

- *Emotionale Erschöpfung*
- *Depersonalisation*
- *Persönliche Leistungsfähigkeit*

Emotionale Erschöpfung spiegelt dabei den Zustand der Erschöpfung und der Freudlosigkeit wider, in dem keine bzw. nur stark reduzierte Begeisterung oder Interesse empfunden wird. *Depersonalisation* (auch Zynismus) beschreibt die veränderte

Sicht auf andere Menschen, die nicht als Personen, sondern vielmehr als objektähnlich angesehen werden. *Persönliche Leistungsfähigkeit* erfasst, inwieweit eine negativ bewertete Diskrepanz zur früheren Leistungsfähigkeit bzw. zum persönlichen Leistungssollwert empfunden wird.

Die in dieser Studie verwendete Version ist die deutsche Übersetzung des *MBI-HSS* für Dienstleistungs- und soziale Berufe von Büssing und Perrar (1992), die als einzige deutsche Version von Christina Maslach selbst autorisiert wurde (laut Korczak, Kister & Huber, 2010). In dieser Version wurde die Subskala *Involviertheit* (bzw. Betroffenheit) mit drei Items zu den drei bekannten Subskalen ergänzt und eine fünfstufige Skala verwendet worden (abweichend von der ursprünglich siebenstufigen Likert-Skala). Weiter wurde in der vorliegenden Studie die Skalenbeschriftung dem Gesamtbogen angepasst in 1 „sehr schwach / sehr selten“ bis 5 „sehr stark / sehr oft“, was eine Integration von Häufigkeit und Intensität zur Erfassung der daraus resultierenden Belastung darstellt. Die Subskalen mit Itemanzahl und Reliabilitätswert (nach Büssing & Perrar, 1992, bzw. Schmitz, 1999) lauten somit:

- *Depersonalisierung* (5 Items, Cronbachs Alpha von .53 bzw. .69)
- *Erschöpfung* (9 Items, Cronbachs Alpha von .89 bzw. .87)
- *Involviertheit* (3 Items, Cronbachs Alpha von .48, nicht erhoben bei Schmitz, 1999).
- *Persönliche Leistungsfähigkeit* (8 Items, Cronbachs Alpha von .63 bzw. .82)

Es muss weiterhin angemerkt werden, dass sich die hier neue Dimension der *Involviertheit* inhaltlich vom klassischen Burnout-Konzept entfernt und durch die Formulierung der Items (z.B. „Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen.“) eher als Skala zur Erfassung der Selbst-Andere-Differenzierung im beruflichen Setting einsetzen lässt.

5.4.8 Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)

Der *Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF; Paulus, 2012a)* ist eine deutsche und mehrfach überarbeitete Version des *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* von Davis (1980), der häufig (wenn nicht sogar am häufigsten laut Jolliffe und Farrington (2004)) zur Messung von Empathie eingesetzt wird. Empathie wird dabei verstanden als die Fähigkeit und/oder Verhaltenstendenz, den emotionalen Zustand eines anderen Menschen zu verstehen und zu teilen.

Der *SPF* misst Empathie (wie der *IRI*) über vier Subfacetten mit jeweils vier Items. Dabei werden kognitive Aspekte mit der Facette *Perspective Taking* und emotionale Aspekte von Empathie über die Facetten *Fantasy*, *Empathic Concern* und *Personal Distress* abgedeckt. Nach Paulus (2012b) misst *Perspective Taking* die Fähigkeit, in einer Situation spontan die psychologische Perspektive einer anderen Person einnehmen zu können. Die Facette *Fantasy* erfasst, inwieweit die Gefühlslage fiktiver Charaktere in Romanen oder Filmen nachempfunden wird. *Empathic Concern* beschreibt die Stärke der Tendenz, Mitleid oder Sorge für Menschen in Notsituationen („fremdorientierte Gefühle“, Paulus, 2012b, S. 2) zu empfinden. Letztlich misst *Personal Distress* die Tendenz zur eigenen Unruhe und Unwohlsein in interpersonalen Situationen, die durch engen Kontakt oder direkte Konfrontation gekennzeichnet sind.

Da Davis (1980) die weitestgehende Unabhängigkeit der Facetten postuliert hat, ist die Bildung eines Gesamtscores nicht vorgesehen – auch wenn die Interkorrelationen bei Davis (1980) selbst bis .33 reichen und bei Paulus (2012b) sogar in einigen Fällen höher sind. Die Reliabilitätswerte der einzelnen Facetten sind recht stabil über verschiedene Stichproben hinweg, hier z.B. Werte für Cronbachs Alpha aus einer Erhebung von Paulus (2012c) mit $N=4.410$:

- *Empathic Concern*: Cronbachs Alpha .74
- *Fantasy*: Cronbachs Alpha .78
- *Personal Distress*: Cronbachs Alpha .76
- *Perspective Taking*: Cronbachs Alpha .79

Becker und Sands (1988) konnten zeigen, dass der *IRI* über vier Jahre hinweg eine hohe Konsistenz im Sinne der Retest-Reliabilität aufweist. Der *SPF* kann daher als Trait-Maß eingesetzt werden.

Die Ursprungsversion des *IRI* mit 28 Items wurde nach Übersetzung anhand deutscher Stichproben faktorenanalytisch überprüft und anhand der Kriterien Reliabilität und Validität von Paulus auf 16 Items im *SPF* reduziert. In dieser 16-Item-Fassung (Version 5.8, Paulus, 2012a) wurde er in der vorliegenden Studie eingesetzt. In darauf folgenden Versionen wurden fünf weitere Items hinzugefügt, die aber hier nicht miterhoben wurden, da dazu noch zu wenig Erfahrung zur Akzeptanz und zu wenig Daten zur Reliabilität und Validität vorliegen. In der Version von Paulus (2012a) sind die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten, bei der die Extrempole mit „trifft gar nicht zu“ und „trifft sehr gut zu“ benannt sind. Zur Anpassung an das Format der vorliegenden Studie wurden auch die Zwischenstufen

benannt mit „trifft gar nicht zu – trifft wenig zu – trifft mittelmäßig zu – trifft überwiegend zu“ und die Extrempolbenennung in der Version von Paulus von „sehr gut“ auf „trifft völlig zu“ geändert.

5.4.9 Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)

Das Inventar *Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27; Berking & Znoj, 2008)* misst den eigenen konstruktiven Umgang mit negativen bzw. belastenden Emotionen. Das Inventar wurde anhand verhaltenstherapeutischer Ideen konzipiert und zielt in der praktischen Anwendung auf eine Effektivierung der individuellen Emotionsregulation. Diese Kompetenz wird konzeptualisiert als basierend auf neun Kompetenzen: Man sollte (1) Emotionen bewusst wahrnehmen und (2) erkennen und klar benennen können, (3) korrespondierende Körperwahrnehmungen wahrnehmen und deuten können, (4) die Ursachen bzw. Auslöser der Emotionen verstehen, (5) Selbstwirksamkeit im emotionalen Bereich erleben bzw. das emotionale Erleben gezielt positiv beeinflussen können, (6) die eigenen Gefühle akzeptieren und (7) auch belastende Gefühle aushalten können, (8) über Methoden der effektiven Selbstunterstützung besonders in emotional belastenden Situation verfügen und schließlich (9) in der Lage sein, sich zur Erreichung langfristig positiver Ziele auch mit akut negativen Situationen zu konfrontieren. Entsprechend sind die neun Subskalen der *SEK-27* theoretisch abgeleitet (Reliabilitätswert von Berking & Znoj, 2008), hier in alphabetischer Folge:

- *Akzeptanz* (Cronbachs Alpha .62)
- *Aufmerksamkeit* (Cronbachs Alpha .82)
- *Klarheit* (Cronbachs Alpha .79)
- *Körperwahrnehmung* (Cronbachs Alpha .73)
- *Regulation* (Cronbachs Alpha .76)
- *Resilienz* (Cronbachs Alpha .83)
- *Selbstunterstützung* (Cronbachs Alpha .72)
- *Verstehen* (Cronbachs Alpha .77)
- *Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft* (Cronbachs Alpha .71)

Die Gesamtskala erreicht ein Cronbachs Alpha von .93. Durch den starken Bezug zur eigenen Emotionalität und deren Wahrnehmung sind die Skalen nur kurzfristig stabil und daher als veränderungssensitives Instrument einsetzbar. Jede Subskala wird mit drei Items gemessen, die mit einer vierstufigen Likert-Skala von 1 „über-

haupt nicht bis“ bis 4 „fast immer“ erhoben werden. Das Inventar wurde unverändert und vollständig in der vorliegenden Studie eingesetzt, auch wenn nicht alle Dimensionen bzw. Subskalen zur Prüfung der Hypothesen relevant sind.

5.4.10 Self-Other Empathy (SOE)

Der *Self-Other Empathy Fragebogen (SOE)* wurde von Steckal (1994) zur Messung von Empathie entwickelt und durch Shoemaker (2005) veröffentlicht. Dabei wurde der Versuch unternommen, den Bogen so zu konzipieren, um damit Empathie im Sinne der GFK (vgl. Kapitel 2.3.4) zu erheben. Da Steckal selbst keine Definition nennt und sich nur auf das Modell der GFK von Rosenberg (vgl. Kapitel 2.3) bezieht, kann Empathie als annehmende, akzeptierende und aufmerksame Haltung den Gefühlen von anderen Menschen und den eigenen Gefühlen gegenüber verstanden werden. Damit differenziert sich auch der Bogen in die beiden Facetten: *Empathie für Andere* und *Selbstempathie*. Anhand der Ergebnisse von Steckal (1994) liegt auch die eher kognitive Interpretation von Empathie in der GFK nahe, da der *SOE* eher mit der kognitiven Facette *Perspective Taking* des *IRI* (Davis, 1980) korreliert, als mit den affektiven Facetten wie beispielsweise *Empathic Concern* aus demselben Bogen.

Die hier verwendete Version stammt von Altmann (2010). Aus der ursprünglich englischen Version von Steckal (1994) mit 24 Items (Cronbachs Alpha von .71) wurden in der hier genutzten Version von Altmann nach Übersetzung und Selektion 12 Items (Cronbachs Alpha von .72) verwendet. Die Reliabilitätswerte der Facetten mit jeweils sechs Items bzw. in einer zweiten Version ebenfalls bei Altmann (2010) mit fünf Items je Facette sind wie folgt:

- *Empathie für andere*: Cronbachs Alpha .67 bzw. .73
- *Selbstempathie*: Cronbachs Alpha .59 bzw. .69

Die fünfstufige Skala von 1 „trifft gar nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“ ist entsprechend dem englischen Original gefasst. Die Reihenfolge der Items bei Altmann (2010) wurde hier jedoch verändert, da der *SOE* in dieser Untersuchung durch die hohe thematische Passung in die selbst erstellten Items zur Verhaltensbeschreibung integriert ausgegeben wurde.

5.4.11 Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)

Die *Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)* von Behr und Becker (2004) messen das individuelle Gefühlserleben, Gefühlswahrnehmungs- und Symbolisierungsprozesse sowie die Bewertung und Regulation eigener Gefühle. Es werden mit 47 Items sieben Subskalen erfasst:

- *Akzeptanz eigener Emotionen*
- *Erleben von Emotionsmangel*
- *Erleben von Emotionsregulation*
- *Erleben von Emotionsüberflutung*
- *Erleben von Selbstkontrolle*
- *Imaginative Symbolisierung von Emotionen*
- *Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen*

In der vorliegenden Studie wurden von diesen sieben die zwei Subskalen *Akzeptanz eigener Emotionen* und *Erleben von Emotionsmangel* verwendet. Die Subskala *Akzeptanz eigener Emotionen* wird mit sechs Items gemessen und erreicht bei Behr und Becker (2004) ein Cronbachs Alpha von .82. Die Subskala ist gekennzeichnet durch Akzeptanz und Wertschätzung der eigenen Gefühle und repräsentiert das Konstrukt Kongruenz aus der klientenzentrierten Persönlichkeitspsychologie (Rogers, 1983): Übereinstimmung des Selbstkonzepts mit den wahrgenommenen Gefühlen bzw. Übereinstimmung von Selbstkonzept mit organismischer Erfahrung. Die Subskala *Erleben von Emotionsmangel* wird mit fünf Items gemessen und ist bei Behr und Becker (2004) mit einem Cronbachs Alpha von .70 verzeichnet. Die Subskala beschreibt das Erleben weniger Emotionen bzw. des „unbenennbaren Mangels an Gefühlen“ (Behr & Becker, 2004, S. 19), das Abgeschnitten-Sein vom körperlichen Erleben und dem Bedauern dessen. Im Kontrast zur vorgenannten Subskala wird hier der Bezug zur Inkongruenz des klientenzentrierten Ansatzes deutlich. So werden hiermit eher Personen charakterisiert, die ihre Gefühle weniger wertschätzen und die organismischen Erfahrungen verzerrt wahrnehmen.

Die Skalen können durch ihren starken Bezug zur eigenen Emotionalität und der Haltung dazu nur kurzfristig stabil sein und sind daher als veränderungssensitives Instrument einsetzbar. Beide Subskalen sind laut Behr und Becker (2004) nur gering interkorreliert. Die Items wurden mit der unveränderten fünfstufigen Likert-Skala von 1 „stimmt gar nicht“ bis 5 „stimmt völlig“ aus dem Testmanual erhoben.

5.4.12 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die *Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 1995)* ist ein breit angelegtes Inventar zur Erfassung verschiedener Formen psychischer und körperlicher Belastungen bzw. der daraus resultierenden Beeinträchtigung. Dabei wird speziell nach Symptomen innerhalb der letzten sieben Tage gefragt und es kann daher sehr gut zur Veränderungsmessung genutzt werden. Das Inventar wurde in enger Verzahnung von Theorie und Praxis der klinisch-psychologischen Arbeit entwickelt. Die ursprüngliche Fassung stammt von Derogatis (1977). Mit den neun Skalen

- *Aggressivität*
- *Ängstlichkeit*
- *Depressivität*
- *paranoides Denken*
- *phobische Angst*
- *Psychotizismus*
- *Somatisierung*
- *Unsicherheit im Sozialkontakt*
- *Zwanghaftigkeit*

und drei Globalmaßen

- *GSI* (grundsätzliche psychische Belastung)
- *PSDI* (Intensität der Antworten)
- *PST* (Anzahl der Symptome)

wird die Symptombelastung erfragt.

In der vorliegenden Studie wurden die folgenden vier Skalen erhoben (mit Itemanzahl und Reliabilitätswert nach Franke, 1995):

- *Ängstlichkeit* (10 Items, Cronbachs Alpha von .75)
- *Depressivität* (13 Items, Cronbachs Alpha von .83)
- *Somatisierung* (12 Items, Cronbachs Alpha von .70)
- *Unsicherheit im Sozialkontakt* (9 Items, Cronbachs Alpha von .76)

Nach Franke (1995) sind die Skalen wie folgt angelegt. *Ängstlichkeit* erfasst das Spektrum von leichter Nervosität bis zur fundamentalen Angst. Bezeichnend sind hierfür das Erleben von Angst, Besorgnis, Spannung, Panikattacken, Schreckgefühlen, innerem Zittern, Herzklopfen, Ruhelosigkeit und schreckerregenden Gedanken. *Depressivität* bildet die Spanne zwischen Traurigkeit und schwerer Depression ab. Indikativ hierfür sind dysphorische Stimmungen, reduziertes Interesse an der Sexualität bzw. am allgemeinen Leben, Verlust von Energie, Hoffnungslosigkeit, verstärkte Suizidgedanken, Verlangsamung in Gedanken und Körperbewegungen, empfundene

ner Einsamkeit und Wertlosigkeit. *Somatisierung* beschreibt körperliche Belastungen, wobei versucht wird, das Spektrum von einfachen Belastungen bis zu weitgreifenden funktionellen Störungen abzudecken. Diese empfundenen körperlichen Dysfunktionen wie beispielsweise Kopfschmerzen, Unwohlsein, Magenverstimmungen, Taubheit, Schwierigkeiten beim Atmen oder Kreuzschmerzen sind zumeist funktionseller Natur. *Unsicherheit im Sozialkontakt* schließlich umfasst die leichte soziale Unsicherheit im Kontakt mit anderen Menschen bis zum subjektiven Gefühl der persönlichen Unzulänglichkeit. Hierzu sind besonders zu nennen das Gefühl der persönlichen Minderwertigkeit bzw. Unzulänglichkeit, Unwohlsein in zwischenmenschlicher Interaktion, Schüchternheit, kritische Sicht auf andere Menschen, Unbeholfenheit im sozialen Kontakt, Verletzlichkeit, Angst nicht gemocht zu werden, Unbehaglichkeit bei öffentlichem Essen und Trinken sowie dem Eindruck, nicht verstanden zu werden. Die Items werden mit der im Manual vorgestellten fünfstufigen Likert-Skala von 0 „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr stark“ erhoben.

5.4.13 Wissensfragen zu Differenzierungen in der GFK

Die selbst entwickelten Wissensfragen zu den Differenzierungen in der GFK bestehen aus 27 Items, die sich auf die drei im Training am intensivsten besprochenen Schritte der Gewaltfreien Kommunikation beziehen: Beobachtung, Gefühl und Bedürfnis. Mit jeweils neun Items werden die Kenntnisse zu den Differenzierungen dieser Schritte (bzw. den jeweils gegenüberliegenden Polen, vgl. Kapitel 2.3.3) als Leistungsitems erhoben. Der Beobachtung steht dabei die Bewertung, dem Gefühl die Gedanken und dem Bedürfnis die Strategien gegenüber. Jedes Item ist als Aussage aus dem alltäglichen Sprachgebrauch formuliert, die eindeutig entweder Pol oder Gegenpol (z.B. Beobachtung oder Bewertung) ausdrückt und entsprechend von den ProbandInnen zugeordnet werden soll.

Die Items zur Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung lauten (richtige Zuweisung in Klammern):

1. Du hast zum zweiten Mal in dieser Woche die Haustür offen gelassen. (Beobachtung)
2. Stefanie ist oft wütend. (Bewertung)
3. Marie ist gestern völlig grundlos nicht zur Verabredung gekommen. (Bewertung)
4. Du hast gestern beim Fernsehen an deinen Fingernägeln geknabbert. (Beobachtung)

5. Henning ist ein guter Mensch. (Bewertung)
6. Die Verkäuferin hat gesagt, der Rock stehe mir nicht gut. (Beobachtung)
7. Du unterbrichst mich nun zum dritten Mal in diesem Gespräch. (Beobachtung)
8. Du hast mich enttäuscht, als du die Akte so unvollständig ausgefüllt hast. (Bewertung)
9. Martin hat das Dienstzimmer zum dritten Mal in dieser Woche wie einen Saustall hinterlassen. (Bewertung)

Die Items zur Differenzierung zwischen Gefühl und Gedanke lauten (richtige Zuweisung in Klammern):

1. Ich fühle mich provoziert von Dir. (Gedanke)
2. Ich freue mich, dass Du hier bist. (Gefühl)
3. Ich fühle mich missverstanden, wenn Du so antwortest. (Gedanke)
4. Ich hab' das Gefühl, Du magst mich. (Gedanke)
5. Ich bin überrascht von Deiner Antwort. (Gefühl)
6. Ich bekomme Angst, wenn Du das sagst. (Gefühl)
7. Ich bin enttäuscht, weil Du sauer reagierst. (Gedanke)
8. Ich fühle mich wertlos. (Gedanke)
9. Ich fühle mich einsam, wenn ich allein bin. (Gefühl)

Die Items zur Differenzierung zwischen Bedürfnis und Strategie lauten (richtige Zuweisung in Klammern):

1. Für mich ist wichtig, im Sommer zwei Wochen am Strand liegen zu können. (Strategie)
2. Ich möchte von dir wissen, was du an meinem Vortrag magst. (Strategie)
3. Ich möchte in Gesprächen mit Angehörigen häufig Respekt. (Bedürfnis)
4. Ich brauche Gespräche mit Freunden. (Strategie)
5. Ich möchte akzeptiert werden. (Bedürfnis)
6. Für mich ist jetzt Erholung wichtig. (Bedürfnis)
7. Ich brauche Verständnis und möchte gehört werden. (Bedürfnis)
8. Ich möchte nach diesem langen Arbeitstag Leichtigkeit und Ruhe. (Bedürfnis)
9. Mir ist wichtig, morgens eine halbe Stunde zu joggen. (Strategie)

Da die Items als Leistungsitems konzipiert sind, werden fehlende und falsche Antworten mit null Punkten und nur richtige Antworten mit einem Punkt bewertet. Das Ergebnis jeder der drei Bereiche ergibt sich durch die Summe der Punkte pro Bereich.

Die Items zu den beiden ersten Bereichen sind orientiert an den Items bei Altmann (2010). Der Test zur Differenzierung der Beobachtung erreichte dort ein Cronbachs Alpha von .57 / .60 und der Test zur Differenzierung des Gefühls von .71 bei einer Stichprobengröße von $N=196$. Die Items zum dritten Schritt (Bedürfnis) wurden analog erstellt und sind ebenso wie die Items bei Altmann (2010) in Auseinandersetzung mit den und in Anlehnung an die Übungsaufgaben bei Rosenberg (2008) entstanden.

5.5 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen an der Untersuchung $N=448$ KrankenpflegeschülerInnen (KPS) teil. Diese setzen sich aus $N=210$ KPS der Trainingsgruppe und $N=238$ KPS der Kontrollgruppe zusammen⁹.

Insgesamt wurden neun 4-tägige Empathietrainings in Krankenpflegeklassen durchgeführt. Wie zuvor beschrieben, wurden vor und nach dem Training Erhebungen durchgeführt (t0, t1) sowie nach durchschnittlich 3.1 Monaten (t2). Da sich die Stichprobe (z.B. aufgrund von Krankheiten oder sonstigen Fehlzeiten) veränderte, waren nicht sämtliche Teilnehmer zu allen drei Messzeitpunkten anwesend. Weiterhin gab es Teilnehmer, die nicht an allen vier Trainingstagen anwesend waren. Nachfolgende Tabelle 10 gibt Auskunft über die Teilnahme an den Messzeitpunkten und den Trainingstagen.

Tabelle 10. Klassifikation und Umfang der Substichproben (Sub-Stpr.) der Trainingsgruppe anhand der Anwesenheit zu den drei Messzeitpunkten (MZP) und an allen Trainingstagen

Nr. der Sub-Stpr.	zu MZP t0	zu MZP t1	zu MZP t2	zu allen vier Trainingstagen	N	f (%)
1	X	X	X	X	147	.70
2	X	X	X	-	12	.06
3	X	X	-	X	11	.05
4	X	X	-	-	3	.01
5	X	-	-	X	0	.00
6	X	-	-	-	2	.01
7	X	-	X	X	0	.00
8	X	-	X	-	6	.03
9	-	X	X	X	0	.00

⁹ Begründung der Stichprobe in Kapitel 3

Nr. der Sub-Stpr.	zu MZP t0	zu MZP t1	zu MZP t2	zu allen vier Trainingstagen	N	f (%)
10	-	X	X	-	10	.05
11	-	X	-	X	1	.00
12	-	X	-	-	4	.02
13	-	-	X	X	0	.00
14	-	-	X	-	14	.07
Gesamt					210	1.00

Anmerkungen. MZP t0 erster Messzeitpunkt (prä; Ersterhebung; direkt vor dem Training), MZP t1 zweiter Messzeitpunkt (post; direkt nach dem Training), MZP t2 dritter Messzeitpunkt (follow-up; durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung), N Anzahl, f (%) relative Häufigkeit, X anwesend, – nicht anwesend.

In der Kontrollbedingung (N=238) wurden nur zwei Befragungen durchgeführt, da natürlich keine Evaluation des Trainings (Messung zu t1) indiziert war. Nachfolgende Tabelle 11 zeigt die Teilnahme zu den beiden Messzeitpunkten.

Tabelle 11. Klassifikation und Umfang der Substichproben (Sub-Stpr.) der Kontrollgruppe anhand der Anwesenheit zu den zwei Messzeitpunkten (MZP)

Nr. der Sub-Stpr.	MZP t0	MZP t2	N	f (%)
1	X	X	172	.72
2	X	-	42	.17
3	-	X	24	.10
Gesamt			238	1.00

Anmerkungen. MZP t0 erster Messzeitpunkt (prä; Ersterhebung; direkt vor dem Training), MZP t2 dritter Messzeitpunkt (follow-up; durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung), N Anzahl, f (%) relative Häufigkeit, X anwesend, – nicht anwesend.

Da nicht alle Daten aller TeilnehmerInnen dieser Studie in den finalen Analysen genutzt werden (können), aber gleichzeitig ein Maximum an Informationen für die Berechnungen zugänglich gemacht werden soll, werden je nach Zweck der Analyse spezifische Kombinationen aus diesen Substichproben gebildet. Diese vier Substichprobenkombinationen (Klassifikationen vgl. Tabelle 10 und 11) werden im Folgenden definiert und anschließend anhand der soziodemographischen Daten in Tabelle 12 näher beschrieben.

Zur Analyse der Skalen (Reliabilitätswerte, Normalverteilung) werden alle Substichproben genutzt, die zum ersten Messzeitpunkt (t0) anwesend waren, also aus der Trainingsgruppe die Substichproben 1 bis 8 sowie aus der Kontrollgruppe die Substichproben 1 und 2, insgesamt N=395. Diese Substichprobenkombination wird im Folgenden TG-KG-t0 genannt. Zur formativen Evaluation des Trainingsprogramms werden alle Substichproben der Trainingsgruppe genutzt, die an allen Trainingstagen anwesend waren, also aus der Trainingsgruppe die ungeraden Substichproben 1 bis 13, insgesamt N=159. Diese Substichprobenkombination wird im Folgenden TG-

t0-T-t1 genannt. Zur summativen Evaluation des Trainingsprogramms werden die Veränderungen beider Gruppen (Kontrollgruppe (KG) und Trainingsgruppe (TG)) über die Zeit miteinander verglichen. Daher werden aus diesen beiden Gruppen alle Substichproben genutzt, die zum ersten und dritten Messzeitpunkt (t0 und t2) anwesend waren. Aus der Kontrollgruppe wird daher die Substichprobe 1 mit $N=172$ genutzt. Für die Substichprobe der Trainingsgruppe muss zusätzlich gelten, dass sie an allen Trainingstagen anwesend war, was der Substichprobe 1 mit $N=147$ entspricht. Diese Substichprobenkombinationen werden im Folgenden KG-t0-t2 bzw. TG-t0-T-t2 genannt.

Tabelle 12. Demographische Daten zur Beschreibung der vier Stichprobenkombinationen anhand der statistischen Analysezwecke mit Mittelwert und Standardabweichung bzw. relativen Häufigkeitswerten in Prozent

	Stpr. zur Skalenanalyse TG-KG-t0	Stpr. zur Trainingsevaluation		
		formativ TG-t0-T-t1	summativ	
			TG-t0-T-t2	KG-t0-t2
Stichprobenumfang N	395	159	147	172
Alter in Jahren M (SD)	21.9 (3.0)	22.1 (2.5)	22.2 (2.5)	21.6 (2.6)
Geschlecht				
männlich	18.7%	17.0%	17.0%	18.6%
weiblich	81.3%	82.4%	83.0%	81.4%
Familienstand				
ledig	66.1%	64.8%	63.3%	67.4%
verheiratet	2.8%	1.3%	1.4%	2.3%
geschieden / verwitwet	1.0%	1.9%	0.7%	1.7%
Staatsangehörigkeit				
deutsch	94.7%	95.6%	96.6%	95.3%
andere	4.6%	3.8%	3.4%	4.1%
Muttersprache				
deutsch	89.4%	91.8%	93.2%	91.3%
andere	8.6%	5.7%	6.1%	8.7%
höchster Schulabschluss				
Haupt-/Realschulabschluss	35.9%	19.5%	18.4%	47.7%
Abitur	61.5%	77.4%	78.9%	50.0%
abgeschlossene Berufsausbildung				
ja	15.2%	12.6%	13.6%	16.3%
nein	84.4%	86.8%	86.4%	83.7%
abgeschlossenes Universitätsstudium				
ja	1.0%	1.9%	2.0%	0.0%
nein	99.0%	97.5%	98.0%	100.0%
bisherige Zeit in der Krankenpflege-Ausbildung in Monaten (M, SD)				
	19.6 (6.1)	19.1 (4.6)	18.9 (4.6)	20.0 (6.6)
bisherige Zeit der Praxiserfahrungen Praxisblöcke der Ausbildung in Wochen (M, SD)				
	39.5 (13.9)	34.0 (11.8)	33.6 (11.6)	44.0 (14.2)
bisherige Zeit der Praxiserfahrungen Praktika in Wochen (M, SD)				
	25.5 (27.3)	21.0 (24.6)	20.6 (24.7)	29.0 (29.9)

Anmerkungen. N Anzahl, M Mittelwert, SD Standardabweichung. Die mitunter auf 100% fehlenden Prozente entsprechen den missings. Die Erläuterung der Abkürzungen der Substichproben ist dem Textabschnitt über der Tabelle zu entnehmen.

Wie zu erwarten war, ist der Großteil der StudienteilnehmerInnen weiblichen Geschlechts, was die allgemeine Geschlechterverteilung in dieser Berufsgruppe widerspiegelt. Dem Alter entsprechend sind die meisten ledig und ohne abgeschlossene Berufsausbildung.

6 Ergebnisse

Die Befunde der Evaluation des Trainingsprogramms werden im folgenden Kapitel vorgestellt. Dabei werden zuerst in der Skalenanalyse (Kapitel 6.1) die Skalen auf Reliabilität überprüft (Kapitel 6.1.1) und die Behandlung der fehlenden Werte beschrieben (Kapitel 6.1.2). Darauf folgend werden die Ergebnisse der Trainingsevaluation berichtet (Kapitel 6.2), unterteilt in formative Evaluation (Kapitel 6.2.1), summative Evaluation (Kapitel 6.2.2) und die über die Hypothesen hinausgehenden weiteren Analysen (Kapitel 6.3), die den Einfluss der TrainerInnen auf den Trainingseffekt und die Voraussetzungen der Trainingsteilnehmenden umfassen.

6.1 Skalenanalyse

Die Skalenanalyse umfasst für den vorliegenden Datensatz zur Evaluation des Trainingsprogramms die Analyse der Reliabilität im Sinne der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) und der Messwiederholungsreliabilität (Retest-Reliabilität) sowie die Erläuterung des Umgangs mit fehlenden Werten.

6.1.1 Reliabilitätsanalyse

Zur Überprüfung der verwendeten Messinstrumente auf Reliabilität wurden die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) sowie die Retest-Reliabilität genutzt. Die interne Konsistenz bestimmt, inwieweit die Items einer Skala bzw. Subskala miteinan-

der korrelieren und damit Indizes desselben Konstrukts sind. Die Retest-Reliabilität überprüft die Stabilität der Messung über einen Zeitraum durch Korrelation wiederholter Messungen anhand derselben Stichprobe. Da im Design der vorliegenden Studie zwei Messzeitpunkte für alle StudienteilnehmerInnen erhoben wurden und in der Kontrollgruppe (ohne spezifisches Training) von keiner Veränderung der Werte auszugehen ist, kann diese Substichprobe für die Retest-Reliabilitätsanalyse genutzt werden.

In Tabelle 13 sind die Reliabilitätswerte im Sinne der internen Konsistenz anhand der Werte für Cronbachs Alpha dargestellt. Die Stichprobe umfasst die TeilnehmerInnen aller Substichproben, die zum ersten Messzeitpunkt bei der Erhebung anwesend waren. In Tabelle 13 sind ebenso die Reliabilitätswerte im Sinne der Retest-Reliabilität dargestellt. Diese Werte stammen aus der Kontrollgruppe von den TN, die an beiden Messzeitpunkten anwesend waren.

Tabelle 13. Werte der Reliabilitätsanalyse zu beiden Messzeitpunkten t0 (prä) und t2 (follow-up) mittels Cronbachs Alpha und Retest-Reliabilität

Inventar / Skala	Item- anzahl	Messzeitpunkt t0 (prä)		Messzeitpunkt t2 (follow-up)		Retest- Reliabilität	
		N	α	N	α	N	r_{tt}
Berufliche Belastung (BEL)							
Arbeitsunzufriedenheit	6	389	.85	381	.87	166	.85
Kontrolliertheitserleben	3	391	.66	382	.69	166	.64
Überforderung	6	386	.76	380	.82	166	.72
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)							
Erkennen eigener Emotionen	15	385	.90	368	.92	170	.68
Erkennen v. Emotionen bei anderen	17	386	.91	371	.92	170	.63
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)							
Wertepluralismus	6	388	.60	378	.66	167	.54
Zuhören	7	388	.75	373	.81	167	.63
Irritation (IS)							
Emotionale Irritation	5	390	.80	382	.83	170	.60
Kognitive Irritation	3	390	.79	383	.85	170	.66
Gesamtscore Irritation	8	388	.82	380	.89	170	.65
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)							
Akzeptieren ohne Bewertung	9	388	.88	367	.90	168	.67
Beschreiben	8	391	.87	370	.87	168	.71
Maslach Burnout Inventar (MBI)							
Depersonalisierung	5	391	.63	381	.64	169	.51
Emotionale Erschöpfung	9	384	.87	381	.89	169	.80
Involviertheit	3	392	.49	380	.53	169	.46
Persönliche Leistungsfähigkeit	8	389	.67	376	.79	169	.49
Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)							
Empathic Concern	4	388	.61	383	.64	172	.68
Fantasy	4	392	.75	385	.77	172	.71
Personal Distress	4	390	.66	380	.71	172	.53
Perspective Taking	4	390	.69	382	.74	172	.59

Inventar / Skala	Item- anzahl	Messzeitpunkt t0 (prä)		Messzeitpunkt t2 (follow-up)		Retest- Reliabilität	
		N	α	N	α	N	r_{tt}
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)							
Akzeptanz	3	392	.71	376	.78	169	.54
Aufmerksamkeit	3	392	.77	379	.80	169	.50
Klarheit	3	388	.70	380	.78	170	.60
Körperwahrnehmung	3	389	.59	378	.69	170	.37
Regulation	3	391	.72	378	.71	169	.42
Resilienz	3	387	.72	379	.75	170	.46
Selbstunterstützung	3	386	.71	379	.72	170	.34
Verstehen	3	392	.65	378	.76	169	.49
Zielbez. Konfrontationsbereitschaft	3	391	.69	378	.73	169	.33
(SEK-27 gesamt)	27	377	.91	370	.94		
Self-Other Empathy Fragebogen (SOE)							
Selbstempathie	6	389	.21	367	.37	170	.49
Empathie für Andere	6	366	.10	373	.17	170	.46
(SOE gesamt)	12	362	.33	363	.44		
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)							
Akzeptanz eigener Emotionen	6	388	.81	376	.86	170	.69
Erleben von Emotionsmangel	5	392	.78	381	.84	170	.61
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)							
Ängstlichkeit	10	387	.86	373	.88	170	.65
Depressivität	13	380	.90	367	.90	170	.67
Somatisierung	12	385	.85	374	.86	170	.66
Unsicherheit im Sozialkontakt	9	389	.84	374	.85	170	.71

Anmerkungen. α interne Konsistenz (Cronbachs Alpha), r_{tt} Korrelation der beiden Messzeitpunkte. Die Retest-Reliabilität wurde anhand der Kontrollgruppe berechnet. Für die in Klammern gesetzten Skalen existieren Reliabilitätswerte für die Gesamtskala, auch wenn kein Gesamtscore berechnet / interpretiert wird, weshalb entsprechend keine Retest-Reliabilität angegeben ist. Alle r_{tt} sind mit $p < .01$ signifikant.

Reliabilitätswerte der internen Konsistenz mit über .50 sind für Gruppenvergleichsrechnungen im Kontext der wissenschaftlichen Forschung als akzeptabel anzusehen (George & Mallery, 2003; Lienert & Raatz, 1998). Die oben berichteten Werte sind daher zumeist mindestens akzeptabel und entsprechen weitestgehend den Werten, die im Kapitel 5.4 für die Inventare von den Testautoren beschrieben wurden. Die Ausnahme bildet hier das Inventar *Self-Other Empathy (SOE)*. Da die in dieser Studie erreichten Werte für dieses Instrument auch von den in der Literatur verzeichneten typischen Werten abweichen (vgl. Kapitel 5.4), die Retest-Reliabilität aber mit den anderen hier erhobenen Maßen vergleichbar ist, kann nur vermutet werden, dass die nicht zusammenhängende Darbietung und die Verwebung des Inventars mit den Items der Verhaltensbeschreibung diesen negativen Einfluss hatten. Durch die geringe Item-Skalen-Korrelation muss davon ausgegangen werden, dass durch den Darbietungszusammenhang die Items anders interpretiert bzw. beantwortet wurden, als sonst der Fall ist. Die Möglichkeit der Interpretation der Ergebnisse bezüg-

lich des *SOE* als Einzelergebnisse ist daher extrem eingeschränkt und muss mit entsprechender Vorsicht vorgenommen werden (vgl. Kapitel 7.2).

6.1.2 Umgang mit fehlenden Werten

Die Frage nach der optimalen Methode zum Ersetzen fehlender Werte wird in der Literatur kontrovers diskutiert (z.B. Baltes-Götz, 2008; Hippel, 2004). Einem Standpunkt nach, sollte das konservativste Kriterium angesetzt werden, um fehlende Werte nicht zugunsten der Hypothesen zu ersetzen. Da aus Interventionsstudien weitere, mitunter kostenintensive Ableitungen getroffen werden, sollte hier besonders das Risiko von falsch-positiven Aussagen minimiert werden. Die fehlenden Werte des vorliegenden Datensatzes wurden daher durch den jeweiligen Variablenmittelwert ersetzt, unabhängig von der experimentellen Bedingung. Auch wenn dies zu unnatürlichen Einschränkungen der Varianz und zur Verzerrung der Verteilung führt, werden mit dieser Methode die Daten am wenigsten in Richtung der Hypothesen verändert. Ein signifikantes Ergebnis zu erreichen ist damit erschwert.

6.2 Evaluation des Trainingsprogramms

Die Darstellung der Effekte des Trainingsprogramms wird in zwei Bereiche unterteilt. Zuerst wird die formative Evaluation zur Akzeptanz des Programms bei den TeilnehmerInnen vorgestellt. Die Akzeptanz des Programms ist primär für die Anwendung in der Praxis von Bedeutung und kann zudem als Indiz dafür genommen werden, inwieweit das Training und dessen Inhalte von den TeilnehmerInnen rezipiert wurden. Dazu werden die Bewertungen der TeilnehmerInnen zusammengefasst, die direkt nach dem Training (Messzeitpunkt t1) u.a. bezüglich des Trainingsablaufs, der Struktur des Trainings und der Kompetenz der Leitenden abgegeben wurden. Im zweiten Bereich, der summativen Evaluation, wird untersucht, welche Effekte entsprechend den Hypothesen zur Wirkung des Trainings eingetreten sind. Diese Analysen orientieren sich hauptsächlich an der Veränderung von Messzeitpunkt t0 (Ersterhebung bzw. direkt vor dem Training) zu Messzeitpunkt t2 (durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung bzw. dem Training) im Vergleich von Kontroll- und Trainingsgruppe.

6.2.1 Formative Evaluation

Die formative Evaluation wurde zum Messzeitpunkt t1 – also direkt nach Abschluss der letzten Trainingseinheit am letzten Trainingstag – durchgeführt (wie in Kapitel 5.4.3 beschrieben). Die Bewertung des Trainings umfasst, wie beschrieben, unter anderem Aspekte der Durchführung, Rahmenbedingungen, Inhalte und TrainerInnen-Kompetenz. Tabelle 14 stellt die Ergebnisse der formativen Evaluation zusammengefasst dar. Dabei ist neben Mittelwert und Standardabweichung auch die Schiefe v zur Charakterisierung der Verteilung der jeweiligen Items angegeben.

Tabelle 14. Übersicht über die Ergebnisse der formativen Evaluation zum Messzeitpunkt t1 direkt nach Abschluss des Trainings, wobei alle Items bis auf die der letzten Kategorie skaliert sind mit 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme vollkommen zu“

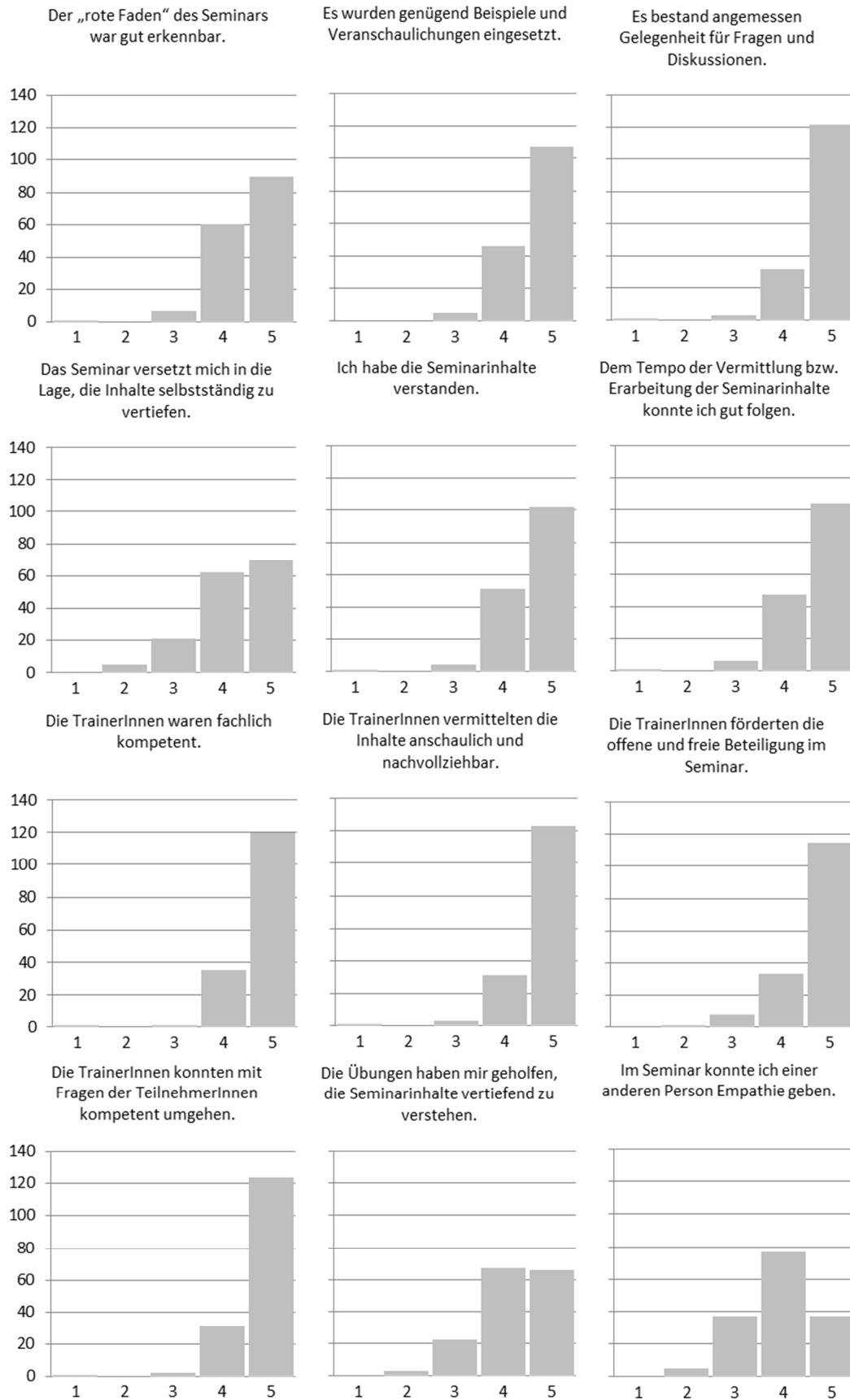
Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>v</i>
Struktur und Aufbau			
Der „rote Faden“ des Seminars war gut erkennbar.	4.51	0.65	-1.53*
Es wurden genügend Beispiele und Veranschaulichungen eingesetzt.	4.65	0.54	-1.21*
Es bestand angemessene Gelegenheit für Fragen und Diskussionen.	4.73	0.56	-2.90*
Das Seminar versetzt mich in die Lage, die Inhalte selbstständig zu vertiefen.	4.25	0.80	-0.85*
Verständlichkeit			
Ich habe die Seminarinhalte verstanden.	4.60	0.61	-1.95*
Dem Tempo der Vermittlung bzw. Erarbeitung der Seminarinhalte konnte ich gut folgen.	4.60	0.63	-1.95*
Die TrainerInnen...			
... waren fachlich kompetent.	4.74	0.53	-2.98*
... vermittelten die Inhalte anschaulich und nachvollziehbar.	4.74	0.56	-2.97*
... förderten die offene und freie Beteiligung im Seminar.	4.67	0.60	-1.83*
... konnten mit Fragen der TeilnehmerInnen kompetent umgehen.	4.75	0.54	-3.12*
Übungen			
Die Übungen haben mir geholfen, die Seminarinhalte vertiefend zu verstehen.	4.24	0.76	-0.70*
Erfahrungen im Seminar			
Im Seminar konnte ich einer anderen Person Empathie geben.	3.94	0.78	-0.31
Ich konnte im Seminar von einer anderen Person Empathie empfangen.	3.95	0.81	-0.42*
Das Seminar hat mich zur inneren Auseinandersetzung mit dem Thema Empathie angeregt.	4.05	0.87	-0.62*
Praxisbezug			
Die Seminarinhalte sind relevant für meinen Berufsalltag.	4.30	0.80	-0.97*
Die Seminarinhalte scheinen mir im Berufsalltag gut umsetzbar.	3.86	0.88	-0.23
Motivation der TeilnehmerInnen			
zu Beginn des Seminars	3.31	0.94	-0.11
im Seminar	3.99	0.81	-0.64*

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>v</i>
Gesamtbewertung des Seminars			
Ich habe das Seminar gerne besucht.	4.49	0.72	-1.47*
Das Seminar war eine persönliche Bereicherung für mich.	4.35	0.78	-0.87*
Ich habe in diesem Seminar viel dazugelernt.	4.42	0.70	-0.90*
Gesamtbewertung des Seminars (in Schulnoten: 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“)			
Dauer des gesamten Seminars	2.04	0.91	0.87*
Menge der behandelten Inhalte	1.74	0.70	0.42*
Verhältnis von Theorie und praktischen Übungen	2.05	0.97	0.54*
Atmosphäre im Seminar	1.64	0.82	1.17*
Gesamteindruck vom Seminar	1.51	0.61	0.75*

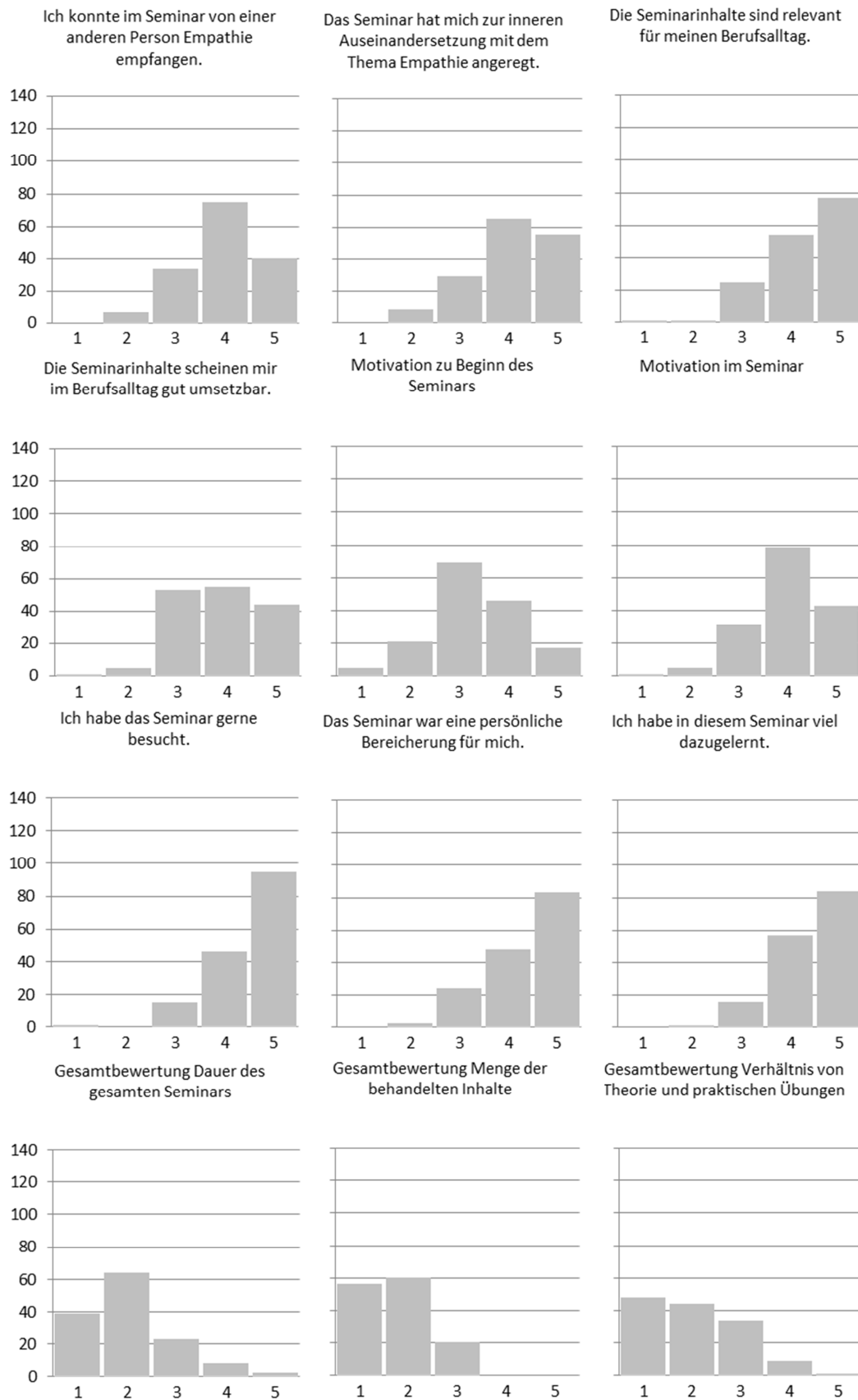
Anmerkungen. *N*=136-158. *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *v* Schiefe (positive Werte: rechts-schiefe Verteilung, negative Werte: linksschiefe Verteilung, * $p<.05$), alle Mittelwerte sind signifikant vom Skalenmittelwert verschieden mit $p<.001$).

Bei Skalierungen, bei denen hohe Werte positiven Bewertungen entsprechen, sind alle $v<0$, die Verteilungen also linksschief bzw. die Verteilung rechts gestaut. Umgekehrt sind bei Skalierungen, bei denen niedrige Werte positiven Bewertungen entsprechen (Schulnoten) all $v>0$, die Verteilungen also rechtsschief. Zusätzlich sind alle Mittelwerte mit $|t|>4.13$ in Richtung der positiven Bewertung mit $p<.001$ signifikant vom jeweiligen Skalenmittelwert verschieden. Diese Ausprägungen der Indizes deuten darauf hin, dass die Bewertung des Trainings im Mittel mit gut bis sehr gut ausgefallen ist. Diese Befunde sind in den folgenden Grafiken (Abbildung 13) dargestellt. Dabei sind jeweils die Antworthäufigkeiten der TrainingsteilnehmerInnen über die fünf Kategorien abgetragen.

Kapitel 6 – Ergebnisse



Kapitel 6 – Ergebnisse



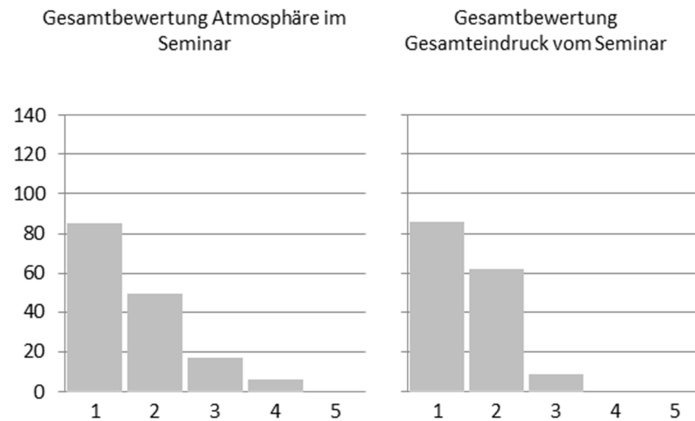


Abbildung 13. Antworthäufigkeiten der TrainingsteilnehmerInnen über die fünf Antwortkategorien zu den Fragen der formativen Evaluation zu t1 direkt nach dem Training; alle Grafiken bis auf die fünf letzten zur Gesamtbewertung skaliert jeweils mit 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme vollkommen zu“, die letzten fünf zur Gesamtbewertung sind skaliert wie Schulnoten mit 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“

Es kann also davon ausgegangen werden, dass das Training positiv angenommen wurde und die Teilnehmenden zur Durchführung motiviert waren.

6.2.2 Summative Evaluation

In Folgenden werden die summativen Ergebnisse der Evaluation berichtet. Dabei wird zuerst auf die Auswertungsmethode eingegangen und anschließend die Ergebnisse berichtet.

6.2.2.1 Datenauswertungsmethode

Analysiert wurden die Daten mittels Varianzanalyse mit Messwiederholungsfaktor (repeated measures analysis of variances, RM-ANOVA) über die mixed-Prozedur in SPSS (mixed between / within subjects design). Dabei entspricht im gemischten 2x2-Design der Messzeitpunkt dem Messwiederholungs- bzw. Within-Subjects-Faktor (prä vs. post) und die experimentelle Bedingung dem Gruppen- bzw. Between-Subjects-Faktor (Trainings- vs. Kontrollgruppe).

Die statistischen Voraussetzungen der ANOVA umfassen die Unabhängigkeit der Fehlerkomponenten, die Homogenität der Fehlervarianzen und die Normalverteilung.

lung der Fehlerkomponenten (Bortz & Lienert, 2008). Da die experimentellen Bedingungen mit unterschiedlichen Stichproben erhoben wurden und die Verteilung der Schulklassen auf die experimentellen Bedingungen zufällig erfolgte, können die Fehlerkomponenten als unabhängig betrachtet werden. Die Stichprobengröße wird bei Studien der vorliegenden Art bei Bortz und Schuster (2010) mit $N > 10$ bzw. bei Field (2013) mit $N > 30$ als Mindestkriterium beschrieben. Da in der vorliegenden Studie diese Vorgaben deutlich überschritten und ferner nur zwei Messzeitpunkte erhoben wurden, können die Voraussetzungen 2 und 3 als erfüllt bzw. nicht relevant betrachtet werden. Die ANOVA gilt zudem als tolerant gegenüber den Verletzungen der Voraussetzungen, was allerdings nur für kleine Stichproben von Bedeutung ist (Bortz & Lienert, 2008; Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010; Field, 2013; Seltman, 2013).

Als alternative Analysemethoden wurden die Kovarianzanalyse (analysis of covariance; ANCOVA) und die Mehrebenenanalyse (u.v.a. multi level method, MLM) in Betracht gezogen. Der Ausschluss dieser beiden Alternativen ist nicht zwingend, da die anderen Methoden ähnliche Ergebnisse liefern können. Eher gegen die ANCOVA und die MLM im Vergleich zur RM-ANOVA sprechen aber die folgenden Gründe, wodurch die RM-ANOVA als Auswertungsmethode am geeignetsten erschien¹⁰. Auch wenn bei Verwendung der ANCOVA davon auszugehen ist, dass die Ergebnisse praktisch identisch mit der RM-ANOVA sind, spricht methodisch in diesem Fall eindeutig gegen die ANCOVA, dass nicht die Unterschiedlichkeit der Höhe der post-Messungen zwischen den experimentellen Gruppen von Interesse ist, sondern die Veränderung über die Zeit zwischen den experimentellen Gruppen (Bortz & Schuster, 2010; Field, 2013; Seltman, 2013). Die Entscheidung gegen die ANCOVA war also inhaltlich und theoretisch. Die MLM bietet im Vergleich zur RM-ANOVA die Integration von Variablen auf unterschiedlichen Untersuchungsebenen und Modellierung verschiedener Kovarianzstrukturen sowie die Analyse nicht-metrischer Outcome-Variablen (Field, 2013; Hox, 2010; Peugh & Enders, 2005; West, Welch & Gattecki, 2007). Außerdem können verschiedene Modelle unterschiedlicher Komplexität gerechnet werden, die gemessen am Modell-Fit die Daten statistisch optimiert widerspiegeln (Leyland, 2004; Lynch, 2012; Shek & Ma, 2011). Die MLM ist aber für das vorliegende Design keine gewinnbringende Auswertungsmethodik, da keine erklärenden Variablen auf z.B. Klassenebene erhoben wurden, keine Hypothesen

¹⁰ Besonderer Dank gilt hier den KollegInnen des Lehrstuhls für Forschungsmethoden der Universität zu Köln, namentlich Herr Prof. Dr. Christian Rietz und Frau M.Sc. Simone van Koll, für die ausführliche und intensive Diskussion und Beratung.

hinsichtlich der Kovarianzstruktur bestehen und die Outcome-Variablen durchgängig metrischer Skalierung sind. Die Klassen sind ferner als geklumpete Stichproben erhoben worden, die zufällig den experimentellen Bedingungen zugeordnet wurden, sodass keine Hypothesen zur Varianzaufklärung auf Ebene der Klassen bestehen. Durch die Erhebung nur zweier Messzeitpunkte sind die Daten für die MLM zur Schätzung der Regressionsverläufe nicht gewinnbringend zu modellieren, sodass bei solchen wie dem vorliegenden Design die Varianzanalyse empfohlen wird (theoretisch bei Hox, 2010, vgl. auch Bragard et al., 2010; Fortier et al., 2012; Li et al., 2013; Lox, McAuley & Tucker, 1996; Malerbi & Matos, 2001; Nicholson, Berthelsen, Abad, Williams & Bradley, 2008).

Zur Bewertung eines Befundes ist neben der Signifikanz auch die Effektstärke von Bedeutung, da auch kleine Effekte bei ausreichend großen Stichproben signifikant werden können. Die beiden Kriterien sind also in Kombination zu betrachten. Nach Empfehlung bei Eid, Gollwitzer und Schmitt (2010) wird die Effektstärke nach Becker (1988) genutzt. Diese bemisst den Unterschied in der relativen Veränderung zwischen den experimentellen Gruppen (Trainings- vs. Kontrollgruppe). Das Maß wird wie folgt berechnet:

$$\hat{\delta}_{TK} = \frac{\bar{x}_{T2} - \bar{x}_{T1}}{\hat{\sigma}_1} - \frac{\bar{x}_{K2} - \bar{x}_{K1}}{\hat{\sigma}_1}$$

Dabei ist \bar{x}_{T1} bzw. \bar{x}_{T2} der Mittelwert der Trainingsgruppe zum ersten bzw. zweiten Messzeitpunkt, \bar{x}_{K1} bzw. \bar{x}_{K2} der Mittelwert der Kontrollgruppe zum ersten bzw. zweiten Messzeitpunkt und $\hat{\sigma}_1$ die Populationsstandardabweichung zum ersten Messzeitpunkt, also aggregiert über beide Gruppen. Es werden im Prinzip zwei Effektgrößen voneinander abgezogen, wobei die durchschnittlichen Veränderungen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt je Gruppe an der Streuung der Werte der Gesamtgruppe relativiert werden. $\hat{\sigma}_1$ ergibt sich als aggregierte Standardabweichung wie folgt:

$$\hat{\sigma}_1 = \sqrt{\frac{\hat{\sigma}_{T1}^2 \cdot (n_{T1} - 1) + \hat{\sigma}_{K1}^2 \cdot (n_{K1} - 1)}{(n_{T1} - 1) + (n_{K1} - 1)}}$$

Die Effektstärke gibt also Veränderungen in Einheiten der geschätzten Standardabweichung der Population vor einer Intervention ab. Positive Werte geben an, dass die Veränderung in der Trainingsgruppe höher war als in der Kontrollgruppe (für

negative Werte gilt dasselbe entsprechend umgekehrt). Ein Ergebnis von 0.20 würde bedeuten, dass die Veränderung der Trainingsgruppe nach der Intervention um 0.2 Standardabweichungen der Population höher ist als die der Kontrollgruppe. Dieses Effektstärkemaß kann generell wie die Effektstärke nach Cohens d interpretiert werden, wobei Effekte ab .20 als klein, ab .50 als mittel und ab .80 als groß bezeichnet werden (Cohen, 1988; Kimber, Sandell & Bremberg, 2007). Diese Einschätzung der Effektstärke ist dabei jedoch in Relation zu dem zu erwartenden Effekt zu interpretieren. Effekte durch Gruppeninterventionen, die über längere Zeit nachweisbar bleiben, sind anders zu bewerten als beispielsweise Effekte individueller Interventionen, die über einen kurzen Zeitraum erhoben werden. Nach Minami et al. (2008) ist ein Mindestmaß von .20 anzusetzen, damit ein Effekt als wesentlich angesehen werden kann.

Zur Bewertung eines Befundes werden also sowohl die statistische Signifikanz als auch die Effektstärke einbezogen. In der Verwendung dieser Kombination liegt auch begründet, dass im Ergebnisbericht keine α -Adjustierung zur Vermeidung einer Kumulierung des α -Fehlers vorgenommen wurde. Da die Anzahl der durchgeführten inferenzstatistischen Tests für den α -Fehler und damit für die Beurteilung der Bedeutsamkeit eines Befundes relevant ist, wird diese in der Diskussion aufgenommen. Im Ergebnisbericht dagegen wird diese Relativierung nicht vorgenommen und stattdessen die exakten p -Werte berichtet.

6.2.2.2 Ergebnisbericht

Der Ergebnisbericht der summativen Evaluation wird unterteilt in die Darstellung der Ergebnisse der selbstgenerierten Wissenstests (Kapitel 6.2.2.2.1) und der etablierten Inventare (Kapitel 6.2.2.2.2).

6.2.2.2.1 Wissenstests

Zuerst wurde überprüft, ob die TeilnehmerInnen im Vergleich zu den ProbandInnen der Kontrollgruppe hinsichtlich des Wissenszuwachses im Bereich der Gewaltfreien Kommunikation (GFK) höhere Erfolge verzeichnen konnten. Natürlich ist davon auszugehen, dass sich die TeilnehmerInnen der Studie zum ersten Messzeitpunkt hin-

sichtlich des Wissens über die GFK nicht unterscheiden. Nach dem Training sollten die TeilnehmerInnen allerdings deutlich höhere Werte erzielen. Dies kann als Indiz dafür angesehen werden, dass die TeilnehmerInnen während des Trainings aufmerksam waren, da das Speichern im Langzeitgedächtnis den vorgeschalteten Prozess der Aufmerksamkeit voraussetzt (Cowan, 1998). Als Testfragen wurden über Multiple-Choice diese drei Bereiche zum Wissen über die GFK erhoben (vgl. Kapitel 5.4), die auch im Training bearbeitet wurden (vgl. Kapitel 4.3):

- Differenzierung von Beobachtung und Bewertung (Schritt 1 in der GFK)
- Differenzierung von Gefühl und Gedanke (Schritt 2 in der GFK)
- Differenzierung von Bedürfnis und Strategie (Schritt 3 in der GFK)

Die folgenden drei Abbildungen zur Veränderung der beiden experimentellen Gruppen (Trainings- vs. Kontrollgruppe) von Messzeitpunkt t0 zu t2 bezüglich der Differenzierungen sind insofern vereinheitlicht, als dass die Ordinate jeweils zwei volle Einheiten auf der jeweiligen Likert-Skala darstellt. Damit wird versucht, optische Vergleichbarkeit zu schaffen und gleichzeitig standardisierte und übersichtliche Visualisierungen darzubieten. Die Differenzierung von Bitte und Forderung (Schritt 4 in der GFK) wurde nicht erhoben, da sie im Training nicht behandelt wurde (vgl. Kapitel 2.3.3.4).

In der Differenzierung von Beobachtung und Bewertung zeigte sich mit $F(1, 317)=24.47$, $p<.001$ eine hochsignifikante Interaktion zwischen der experimentellen Bedingung (Trainings- vs. Kontrollgruppe) und dem Messzeitpunkt (t0 zu t2), wie in Abbildung 14 zu sehen ist. Dabei unterschieden sich die Gruppen nicht zum ersten Messzeitpunkt ($t(317)=1.43$, $p=.153$), aber signifikant zum zweiten ($t(312)=6.59$, $p<.001$, korrigierte Freiheitsgrade durch Varianzinhomogenität).

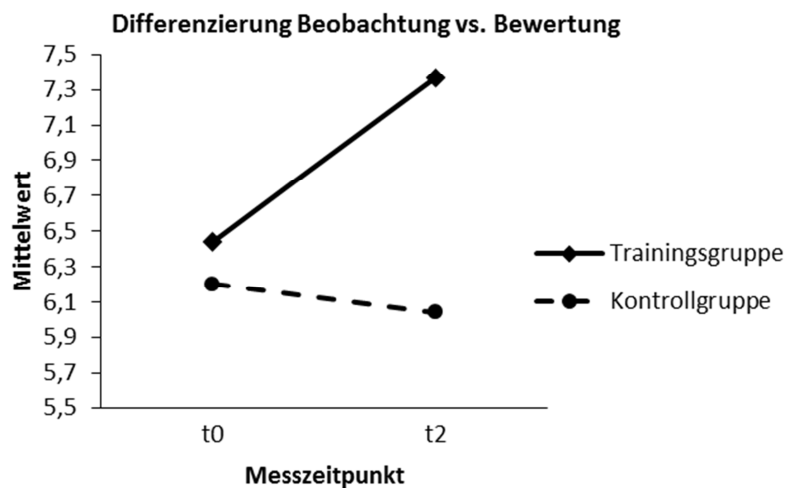


Abbildung 14. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 und t2 (Abstand durchschnittlich 3.3 Monate) bei der Trainings- und Kontrollgruppe im Vergleich

Die Interaktion bezüglich der Differenzierung von Gefühl und Gedanke wurde ebenfalls hochsignifikant mit $F(1, 317)=15.70$, $p<.001$, wobei sich wiederum die Gruppen zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant ($t(317)=-0.50$, $p=.616$), aber zum zweiten Messzeitpunkt hochsignifikant unterschieden ($t(317)=4.51$, $p<.001$), wie in Abbildung 15 dargestellt.

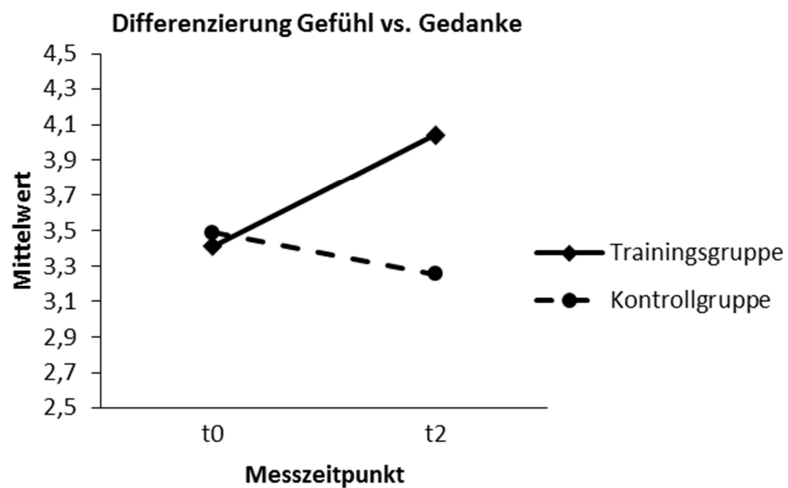


Abbildung 15. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Gefühl und Gedanke im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 und t2 (Abstand durchschnittlich 3.3 Monate) bei der Trainings- und Kontrollgruppe im Vergleich

Dasselbe Muster zeigte sich auch für die dritte Differenzierung zwischen Bedürfnis und Strategie (siehe Abbildung 16). Hier erreichte die Interaktion mit $F(1,$

317)=38.73, $p<.001$ ebenfalls ein hochsignifikantes Ergebnis. Die Gruppen unterschieden sich mit $t(317)=0.80$, $p=.425$ zum ersten Messzeitpunkt nicht, aber mit $t(317)=8.67$, $p<.001$ zum zweiten hochsignifikant.

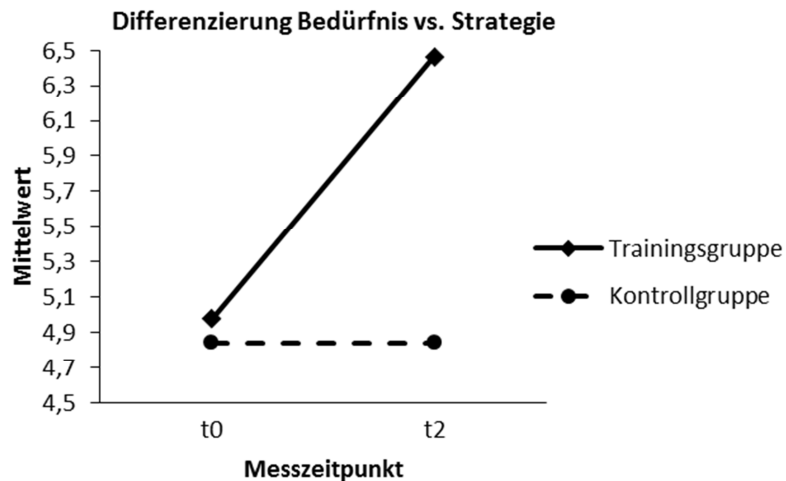


Abbildung 16. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Bedürfnis und Strategie im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 und t2 (Abstand durchschnittlich 3.3 Monate) bei der Trainings- und Kontrollgruppe im Vergleich

Über die reine Ergebnisdarstellung hinaus sei dieser Aspekt bereits an dieser Stelle interpretiert, damit die folgenden Ergebnisse eingeordnet werden können: Durch diese relativ eindeutigen Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass die TeilnehmerInnen das Training aufmerksam verfolgt haben, da es sonst nicht zu diesem deutlichen Wissenszuwachs kommen konnte, der außerdem über die durchschnittlich 3.3 Monate bis zum Follow-up-Messzeitpunkt anhielt.

Die folgende Tabelle 15 gibt den Überblick der Entwicklung der Werte für die Trainingsgruppe über die drei Messzeitpunkt: t0 direkt vor dem Training, t1 direkt nach dem Training, t2 durchschnittlich 3.3 Monate nach t0. Die folgenden drei Abbildungen (17 bis 19) verdeutlichen diese Ergebnisse. Dabei wurde wieder insofern vereinfacht, als dass die Ordinate bei allen drei Abbildungen jeweils drei volle Einheiten auf der jeweiligen Likert-Skala darstellt.

Tabelle 15. Mittelwerte und Standardabweichungen für den Wissenstest zu den Differenzierungen in der GFK zu allen drei Messzeitpunkten in der Trainingsgruppe

Differenzierung	MZP t0		MZP t1		MZP t2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Beobachtung vs. Bewertung	6.44	1.51	8.07	1.22	7.37	1.50
Gefühl vs. Gedanke	3.42	1.33	5.14	1.86	4.05	1.68
Bedürfnis vs. Strategie	4.98	1.61	7.52	1.44	6.46	1.66

Anmerkungen. Alle $N=147$, *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, MZP t0 erster Messzeitpunkt (prä; Ersterhebung direkt vor dem Training), MZP t1 zweiter Messzeitpunkt (post), MZP t2 dritter Messzeitpunkt (follow-up; durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung).

Bezüglich der Differenzierung von Beobachtung und Bewertung unterscheiden sich die Werte der Trainingsgruppe zu t0 von denen zu t1 (also direkt vor vs. direkt nach dem Training) mit $t(146)=-12.78$, $p<.001$ signifikant. Der Wissenszuwachs bleibt auch bis zum Follow-up-Messzeitpunkt erhalten, da der Unterschied zwischen t0 und t2 mit $t(146)=-6.99$, $p<.001$ ebenfalls signifikant ist (siehe Abbildung 17).

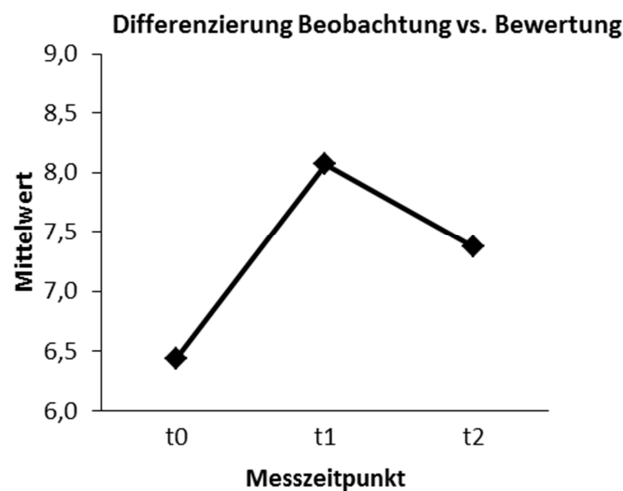


Abbildung 17. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Beobachtung und Bewertung im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 (vor dem Training), t1 (direkt nach dem Training) und t2 (durchschnittlich 3.3 Monate nach t0) in der Trainingsgruppe

Ähnlich deutlich sind die Befunde zur Differenzierung von Gefühl und Gedanke, wie in Abbildung 18 dargestellt ist. Der Unterschied vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt direkt nach dem Training ist mit $t(146)=-9.39$, $p<.001$ ebenso signifikant, wie der Unterschied zum dritten Messzeitpunkt durchschnittlich 3.3 Monate nach t0 mit $t(146)=-3.68$, $p<.001$.

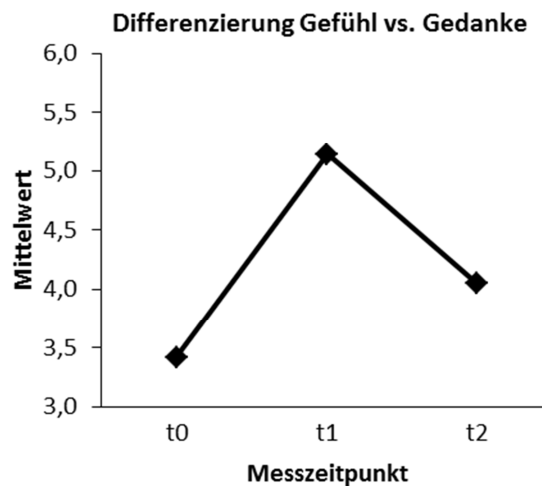


Abbildung 18. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Gefühl und Gedanke im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 (vor dem Training), t1 (direkt nach dem Training) und t2 (durchschnittlich 3.3 Monate nach t0) in der Trainingsgruppe

Dasselbe Muster findet sich auch in den Ergebnissen zur Differenzierung von Bedürfnis und Strategie. Die Trainingsgruppe zeigt mit $t(146)=-16.11$, $p<.001$ einen signifikanten Wissenszuwachs, der mit $t(146)=-8.69$, $p<.001$ auch zur Follow-Up-Messung ebenso signifikant ist, wie Abbildung 19 zeigt.

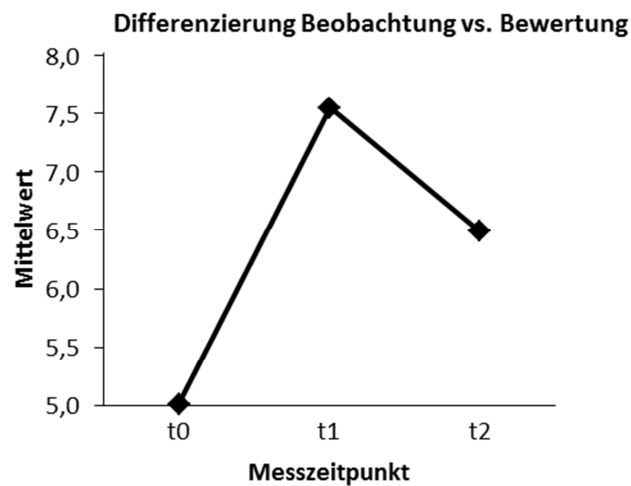


Abbildung 19. Ausprägungen des Wissenstests zur Differenzierung zwischen Bedürfnis und Strategie im Sinne der GFK zu den Messzeitpunkten t0 (vor dem Training), t1 (direkt nach dem Training) und t2 (durchschnittlich 3.3 Monate nach t0) in der Trainingsgruppe

6.2.2.2 Fragebogen-Inventare

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation anhand der erhobenen Inventare beschrieben, die so vollständig wiedergegeben werden, wie sie erhoben wurden, auch wenn dies zuweilen über die Notwendigkeit gemäß der Hypothesenstellung hinausgeht. Die Analyse der Ergebnisse anhand der Hypothesen erfolgt in der anschließenden Diskussion in Kapitel 7. In Tabelle 16 sind die Resultate der Messwiederholungsvarianzanalyse (repeated measures analysis of variances, RM-ANOVA; siehe Kapitel 6.2.2.1) mit der Effektstärke $\hat{\delta}_{TK}$ (vgl. Kapitel 6.2.2.1) nach Becker (1988) zum Gesamtüberblick aufgelistet. Darauf folgend werden die einzelnen Subskalen der Inventare hinsichtlich der gestellten Hypothesen eingehender untersucht und die Veränderung von t0 zu t2 grafisch präsentiert.

Tabelle 16. Ergebnisse der RM-ANOVA der Trainingseffekte von Messzeitpunkt t0 (prä; Ersterhebung, für die Trainingsgruppe direkte vor dem Training) zu Messzeitpunkt t2 (follow-up; durchschnittlich 3.3 Monate nach der Ersterhebung) im Vergleich von Trainings- vs. Kontrollgruppe, also der Interaktionseffekt Zeit*Gruppe sowie die Effektstärke nach Becker (1988)

Inventar / Dimension	<i>F</i>	<i>p</i>	$\hat{\delta}_{TK}$
Berufliche Belastung (BEL)			
Arbeitsunzufriedenheit	0.09	.761	-0.02
Kontrolliertheitserleben	2.11	.147	-0.15
Überforderung	4.19 *	.042	-0.18
Gesamtscore BEL	3.12	.078	-0.13
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)			
Erkennen eigener Emotionen	5.99 *	.015	0.22
Erkennen von Emotionen bei anderen	2.00	.159	0.14
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)			
Wertpluralismus	11.74 ***	<.001	0.36
Zuhören	6.18 *	.013	0.24
Irritation (IS)			
Emotionale Irritation	6.85 **	.009	-0.26
Kognitive Irritation	1.99	.160	-0.14
Gesamtscore IS	6.35 *	.012	-0.24
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)			
Akzeptieren ohne Bewertung	2.93	.089	0.17
Beschreiben	8.78 **	.003	0.25
Maslach Burnout Inventar (MBI)			
Depersonalisierung	2.04	.154	-0.15
Emotionale Erschöpfung	1.01	.317	-0.09
Involviertheit	9.54 **	.002	-0.37
Persönliche Leistungsfähigkeit	3.38	.067	0.22
Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)			
Empathic Concern	0.24	.624	0.04
Fantasy	0.32	.571	-0.05
Personal Distress	1.21	.272	-0.11
Perspective Taking	0.17	.681	0.04

Inventar / Dimension	<i>F</i>	<i>p</i>	$\hat{\delta}_{TK}$
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)			
Akzeptanz	7.89 **	.005	0.34
Aufmerksamkeit	0.06	.800	0.03
Klarheit	5.73 *	.017	0.28
Körperwahrnehmung	1.50	.222	0.16
Regulation	5.58 *	.019	0.27
Resilienz	10.90 **	.001	0.39
Selbstunterstützung	1.38	.241	0.14
Verstehen	2.59	.109	0.20
Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft	9.11 **	.003	0.38
Self-Other Empathy Skala (SOE)			
Empathie für Andere	8.47 **	.004	0.34
Selbstempathie	1.74	.188	0.15
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)			
Akzeptanz eigener Emotionen	1.22	.271	0.11
Erleben von Emotionsmangel	2.91	.089	-0.18
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)			
Ängstlichkeit	1.10	.294	-0.11
Depressivität	5.01 *	.026	-0.22
Somatisierung	3.75	.054	-0.22
Unsicherheit im Sozialkontakt	5.43 *	.020	-0.22

Anmerkungen. Alle $N=319$, alle F mit $df(1, 317)$, F F -Wert der repeated-measures analysis of variances, p Signifikanz, $\hat{\delta}_{TK}$ Effektstärkemaß nach Becker (1988) siehe Erläuterung dazu oben, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$, *** signifikant mit $p<.001$.

Diese allgemeine Darstellung der Ergebnisse wird im folgenden Abschnitt differenzierter untersucht. Dabei werden zur Übersichtlichkeit drei gliedernde Kategorien gebildet. Kategorie 1 enthält die Dimensionen, bei denen

- die Ergebnisse der RM-ANOVA eine signifikante Interaktion aufzeigten und
- bei denen gleichzeitig zu t_0 kein signifikanter Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen bestand.

Diese Kategorie kann also als Kategorie der hypothesen-konformen Ergebnisse bezeichnet werden.

Kategorie 2 umfasst jene Dimensionen, bei denen

- die RM-ANOVA keinen signifikanten Interaktionseffekt aufdecken konnte,
- zu t_0 kein signifikanter Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen bestand,
- dieser aber zu t_2 nachweisbar war.

Diese Kategorie umfasst also die Dimensionen, deren Effekte zu schwach waren, um die Signifikanzgrenze in der RM-ANOVA zu überschreiten, aber prinzipiell Indizien für bestehende Effekte sprechen.

In Kategorie 3 dagegen sind die Dimensionen enthalten, bei denen

- die RM-ANOVA keinen signifikanten Interaktionseffekt aufdecken konnte,
- zu t0 und t2 kein Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen aufzeigbar war,
- oder bereits zu t0 ein signifikanter Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen bestand,
- oder zu t0 aber nicht zu t2 ein signifikanter Unterschied bestand.

Diese Kategorie beinhaltet also jene Dimensionen, bei denen keine Indizien für signifikante Effekte nachweisbar waren.

Die entsprechenden Abbildungen zur Veränderung der beiden experimentellen Gruppen (Trainings- vs. Kontrollgruppe) von Messzeitpunkt t0 zu t2 sind insofern vereinheitlicht, als dass die Ordinate jeweils eine volle Einheit auf der jeweiligen Likert-Skala umfasst. Damit wird – wie bereits beschrieben – versucht, optische Vergleichbarkeit zu schaffen und gleichzeitig standardisierte und übersichtliche Visualisierungen darzubieten.

Die erste Kategorie mit den Dimensionen, für die ein signifikanter Interaktionseffekt in der RM-ANOVA nachweisbar war, ist in Tabelle 17 dargestellt. 16 Dimensionen mit allen $F(1, 317) > 4.19$ erfüllten dieses Kriterium. Die einzelnen F - und p -Werte werden im Folgenden nicht aufgeführt, da diese aus obenstehender Tabelle 16 zu entnehmen sind.

Tabelle 17. Vergleich der experimentellen Gruppen zu den beiden Messzeitpunkten bezüglich der Dimensionen der ersten Kategorie (signifikanter Interaktionseffekt)

Dimensionen der ersten Kategorie (signifikanter Interaktionseffekt)								
Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BEL – Überforderung								
TG	2.31	0.69	-1.17	.242	2.22	0.73	-2.64**	.009
KG	2.40	0.76			2.45	0.84		
EKF – Erkennen eigener Emotionen								
TG	3.47	0.66	0.14	.886	3.54	0.72	1.98*	.049
KG	3.46	0.65			3.39	0.66		
IS – Emotionale Irritation								
TG	2.78	1.12	-0.82	.414	2.64	1.14	-3.01**	.003
KG	2.89	1.25			3.06	1.31		
IS – Irritation gesamt								
TG	2.91	1.00	-1.02	.307	2.71	1.11	-2.93**	.004
KG	3.04	1.17			3.10	1.28		
ISK – Wertepluralismus								
TG	3.05	0.43	-1.45	.148	3.07	0.45	1.66	.098
KG	3.12	0.43			2.98	0.46		

Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ISK – Zuhören								
TG	2.99	0.52			3.01	0.56		
KG	3.03	0.44	-0.73	.466	2.93	0.53	1.27	.205
KIMS-D – Beschreiben								
TG	3.47	0.74			3.59	0.74		
KG	3.50	0.69	-0.33	.741	3.44	0.72	1.88	.061
MBI – Involviertheit								
TG	1.84	0.63			1.75	0.60		
KG	1.89	0.63	-0.66	.512	2.03	0.69	-3.83***	<.001
SCL-90-R – Depressivität								
TG	0.71	0.68			0.65	0.67		
KG	0.77	0.73	-0.67	.506	0.86	0.81	-2.55*	.011
SCL-90-R – Unsicherheit im Sozialkontakt								
TG	0.70	0.64			0.64	0.59		
KG	0.72	0.64	-0.3	.765	0.81	0.74	-2.2*	.028
SEK-27 – Akzeptanz								
TG	3.33	0.61			3.39	0.60		
KG	3.32	0.55	0.09	.927	3.19	0.69	2.81**	.005
SEK-27 – Klarheit								
TG	3.49	0.58			3.53	0.54		
KG	3.44	0.54	0.75	.451	3.32	0.66	3.05**	.002
SEK-27 – Regulation								
TG	2.93	0.67			3.06	0.63		
KG	2.90	0.63	0.48	.635	2.86	0.64	2.89**	.004
SEK-27 – Resilienz								
TG	3.15	0.68			3.24	0.65		
KG	3.17	0.59	-0.32	.748	3.01	0.67	3.08**	.002
SEK-27 – Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft								
TG	3.06	0.69			3.18	0.65		
KG	3.15	0.61	-1.16	.247	3.02	0.61	2.24*	.026
SOE – Empathie für Andere								
TG	2.74	0.42			3.00	0.46		
KG	2.69	0.44	0.85	.398	2.82	0.40	3.89***	<.001

Anmerkungen. $N_{TG}=147$, $N_{KG}=172$, TG Trainingsgruppe, KG Kontrollgruppe, *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *t* t-Wert, *p* Signifikanz, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$, *** signifikant mit $p<.001$.

Bezüglich der Veränderungen im Bereich Empathie und spezifischer für die Empathie für andere wurde erwartet, dass sich die TrainingsteilnehmerInnen im Umgang mit den Emotionen anderer zu einem Umgang im Sinne der GFK (gekennzeichnet durch Achtsamkeit und Bewertungsfreiheit) verändern. Die Dimension *Empathie für andere* des SOE wurde dafür eingesetzt und verzeichnet auch noch zum Follow-up-Messzeitpunkt einen signifikanten Gewinn der Trainings- gegenüber der Kontrollgruppe. Mit einer Effektstärke von .34 zählt diese Dimension auch zu den sechs stärksten und kennzeichnet die Hauptwirkung des Trainings daher besonders. Ein-

schränkend muss hier erwähnt werden, dass die Reliabilitätswerte allerdings niedrig ausgefallen sind (vgl. Kapitel 6.1.1), sodass diese Ergebnisse nur begrenzt und nicht alleinstehend interpretiert werden sollten.

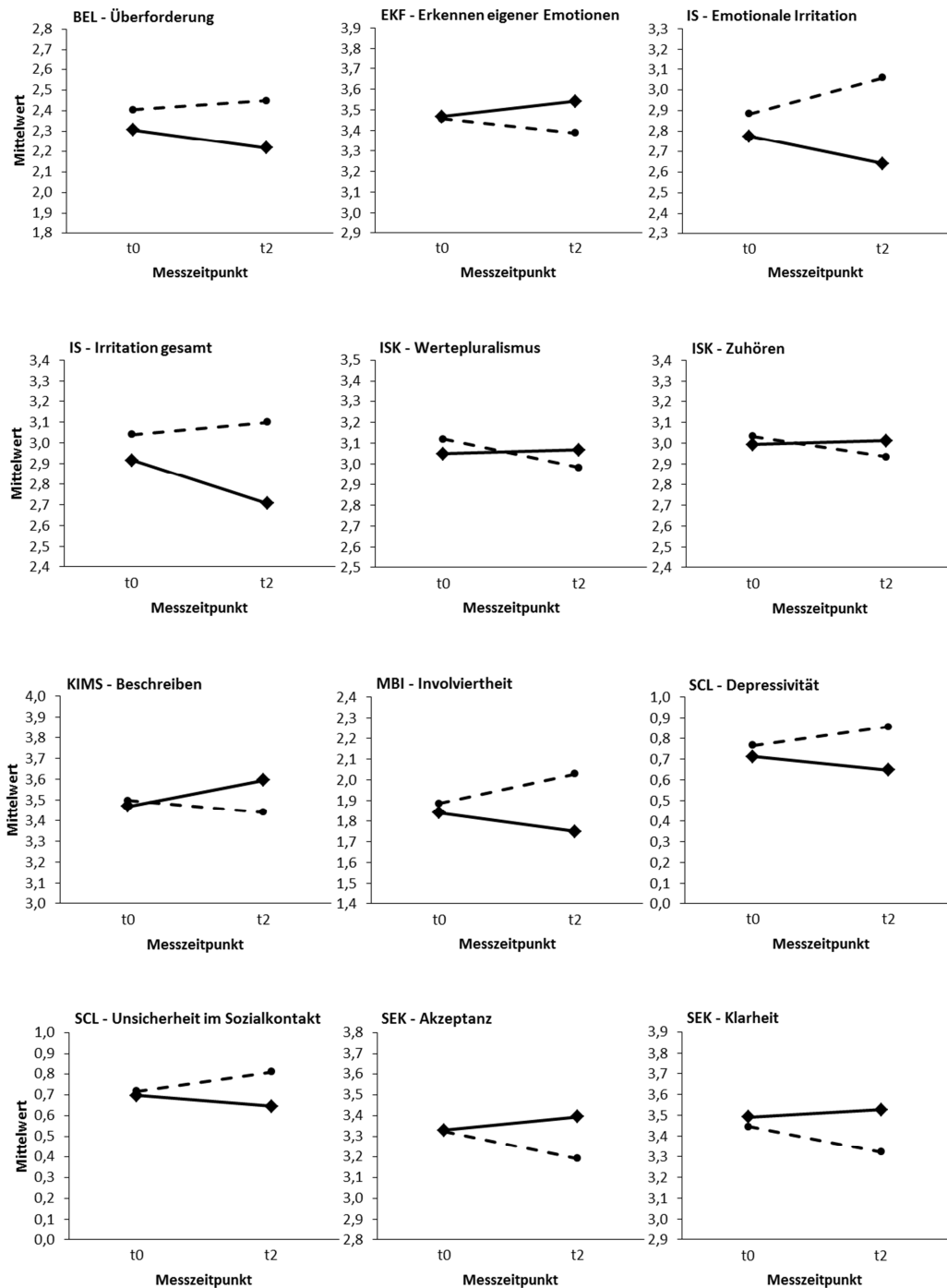
Die Akzeptanz anderer Perspektiven und die damit verbundene Bereitschaft zuzuhören wurden ebenfalls als durch das Training veränderbar angenommen. Die Effekte in den Dimensionen *Wertepluralismus* und *Zuhören* des *ISK* sprechen für diese Hypothese. Die Effektstärke der Dimension *Wertepluralismus* ist mit .36 ebenfalls eine der sechs höchsten. Weiter wurde erwartet, dass sich die Selbst-Andere-Differenzierung durch die abgrenzende Beschäftigung mit Gefühlen und Bedürfnissen und der Betonung der Eigenverantwortlichkeit erhöht. Dies wurde mit der Dimension *Involviertheit* des *MBI* umgesetzt und das Ergebnis entspricht auch hier den Erwartungen. Mit einer Effektstärke von .34 ist diese Dimension eine der Hauptwirkungen des Trainings.

Für die Selbstempathie wurde angenommen, dass sich das Bewusstsein für die eigenen Emotionen steigern würde, wozu u.a. die Dimension *Erkennen eigener Emotionen* des *EKF* eingesetzt wurde. Die damit assoziierte bessere Identifikation der eigenen Emotionen wurde ebenfalls vermutet und mit den Dimensionen *Klarheit* des *SEK-27* und *Beschreiben* des *KIMS-D* erhoben. Die Ergebnisse der RM-ANOVA sprechen auch hier deutlich für einen Gewinn der Trainings- gegenüber der Kontrollgruppe. Die erhöhte Akzeptanz der eigenen Emotionen (u.a. erhoben mit der Dimension *Akzeptanz* der *SEK-27*) durch die gewaltfreie Auseinandersetzung damit im Training und die sich darüber entfaltende erhöhte Kompetenz, belastende Emotionen auszuhalten und dadurch trotz dessen handlungsfähig zu sein (erfasst über die Dimensionen *Regulation*, *Resilienz* und *Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft* der *SKE-27*). Die Ergebnisse sprechen auch hier für die Wirksamkeit des Trainings in diesen Bereichen. Die Effektstärken der Dimensionen *Akzeptanz*, *Resilienz* und *Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft* erreichen jeweils Werte über .30 und sind damit als besonders charakteristische Wirkungsebenen des Trainings anzusehen.

Im Bereich der Verringerung der Folgen des EKS durch das Training wurde u.a. als Hypothese formuliert, dass sich das allgemeine Belastungserleben (erhoben mit der Dimension *Überforderung* des *BEL*) und speziell die emotionale Belastung (*Emotionale Irritation* der *IS*) verringern. Außerdem wurde erwartet, dass sich unter anderem die psychosomatische Symptomlage der TrainingsteilnehmerInnen im Vergleich zur Kontrollgruppe positiver entwickelt, was sich bezüglich der Dimensionen *Depressivität* und *Unsicherheit im Sozialkontakt* der *SCL-90-R* deutlich in den Ergebnis-

Kapitel 6 – Ergebnisse

sen der RM-ANOVA widerspiegelt. Alle diese Befunde sind in den Diagrammen in Abbildung 20 dargestellt.



Kapitel 6 – Ergebnisse

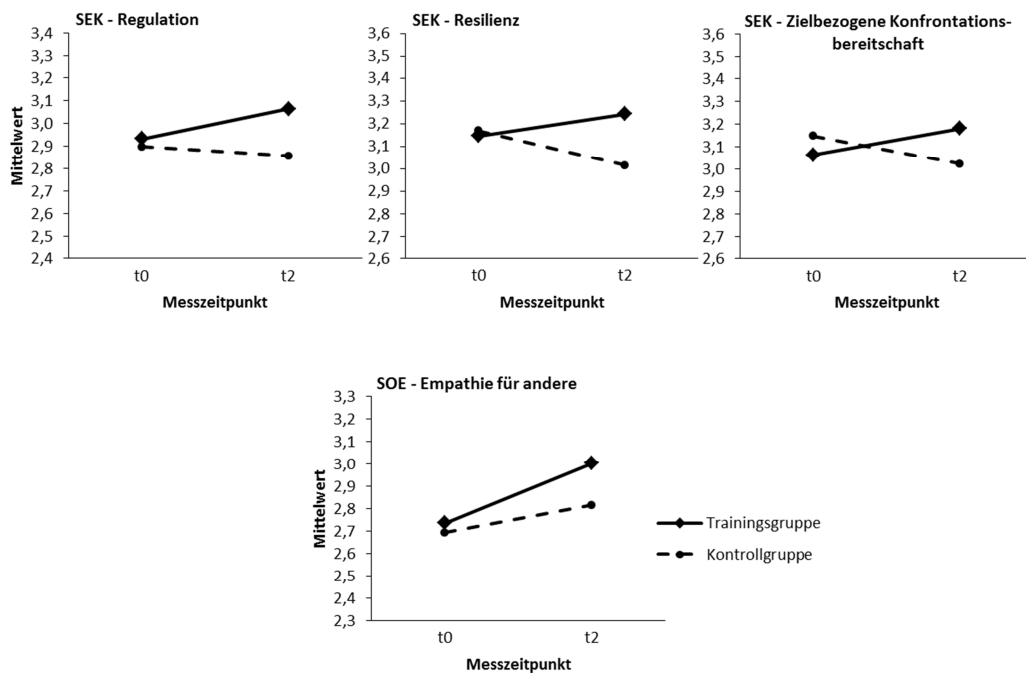


Abbildung 20. Mittelwertdiagramme der Dimensionen der ersten Kategorie (mit signifikanten Interaktionseffekten und nicht signifikanten Gruppenunterschieden zu t0) für Trainings- und Kontrollgruppe zu t0 (prä) und t2 (follow-up)

In der im Folgenden vorgestellten zweiten Kategorie (vgl. Tabelle 18) befinden sich die fünf Dimensionen, bei denen kein Interaktionseffekt in der RM-ANOVA gefunden werden konnte, aber ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen Trainings- und Kontrollgruppe zu t2 bestand, der zu t0 noch nicht existent war. Die Werte sind entsprechend aus zu entnehmen. Die *F*-Werte der RM-ANOVA finden sich wiederum in obenstehender Tabelle 16.

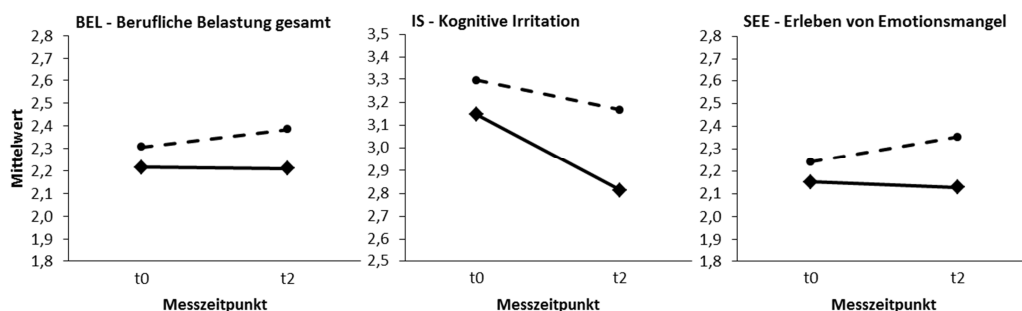
Tabelle 18. Vergleich der experimentellen Gruppen zu den beiden Messzeitpunkten bezüglich der Dimensionen der zweiten Kategorie (kein signifikanter Interaktionseffekt, aber signifikanter Unterschied zu t2, der nicht bereits zu t0 bestand)

Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BEL – Berufliche Belastung gesamt								
TG	2.21	0.57	-1.28	.201	2.21	0.63	-2.25*	.025
KG	2.30	0.69			2.38	0.74		
IS – Kognitive Irritation								
TG	3.15	1.35	-0.91	.366	2.81	1.41	-2.11*	.036
KG	3.30	1.55			3.17	1.56		
SEE – Erleben von Emotionsmangel								
TG	2.15	0.74	-1.05	.296	2.13	0.78	-2.46*	.015
KG	2.24	0.78			2.35	0.84		

Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SEK-27 – Körperwahrnehmung								
TG	3.37	0.54	1.59	.112	3.40	0.59	2.83**	.005
KG	3.27	0.56			3.22	0.58		
SOE – Selbstempathie								
TG	3.07	0.44	0.87	.387	3.14	0.49	2.12*	.035
KG	3.03	0.46			3.03	0.45		

Anmerkungen. $N_{TG}=147$, $N_{KG}=172$, TG Trainingsgruppe, KG Kontrollgruppe, *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *t* t-Wert, *p* Signifikanz, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$.

Im Bereich der Selbstempathie wurde ebenfalls analog zum Bereich der Empathie für andere angenommen, dass sich der Umgang mit den eigenen Emotionen zu einem Umgang im Sinne der GFK verändert, wie oben beschrieben. Erhoben wurde dies mit der Dimension *Selbstempathie* des SOE, die durch ein auffallend niedriges Cronbachs Alpha nur begrenzt interpretiert werden kann. Zudem wurde der Interaktionseffekt der RM-ANOVA nicht signifikant. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen zu t2 bestand, nicht aber zu t0. Dieses kann als Indiz dafür gesehen werden, dass von einer Wirkung des Trainings auch auf dieser Dimension auszugehen ist, die aber z.B. durch das geringe Ausmaß des Effektes bzw. die fehlende Power nicht die Signifikanzgrenze in der RM-ANOVA überschreiten konnte. Ein ähnliches Bild besteht auch hinsichtlich der Dimensionen *Erleben von Emotionsmangel* der SEE und *Kognitive Irritation* der IS, die als Indikatoren für das Bewusstsein über die eigenen Emotionen und die Folgebelastung durch den EKS eingesetzt wurden. Die Interaktionseffekte der RM-ANOVA erreichten keine Signifikanz, aber die Vergleiche der Gruppen zeigten die vorher nicht bestehenden signifikanten Unterschiede zu t2 auf. Diese Befunde sind graphisch dargestellt in Abbildung 21.



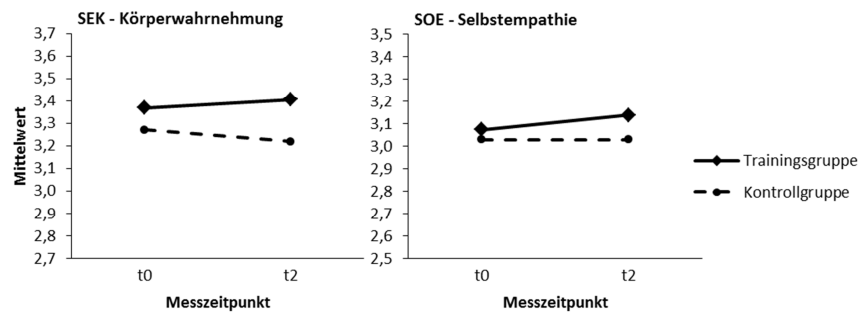


Abbildung 21. Mittelwertdiagramme der Dimensionen der zweiten Kategorie (ohne signifikante Interaktionseffekte, ohne signifikante Gruppenunterschiede zu t0, aber mit signifikanten Gruppenunterschieden zu t2) für Trainings- und Kontrollgruppe zu t0 (prä) und t2 (follow-up)

Die dritte Kategorie schließlich, die anschließend zusammenfassend berichtet wird, umfasst alle anderen Dimensionen, also jene, bei denen keine Effekte im Sinne der Hypothesen nachgewiesen werden konnten. Die Ergebnisse der RM-ANOVA finden sich in erwähnter, obenstehender Tabelle 16, die detaillierten Ergebnisse der dritten Kategorie in Tabelle 19.

Tabelle 19. Vergleich der experimentellen Gruppen zu den beiden Messzeitpunkten bezüglich der Dimensionen der dritten Kategorie (kein signifikanter Effekt)

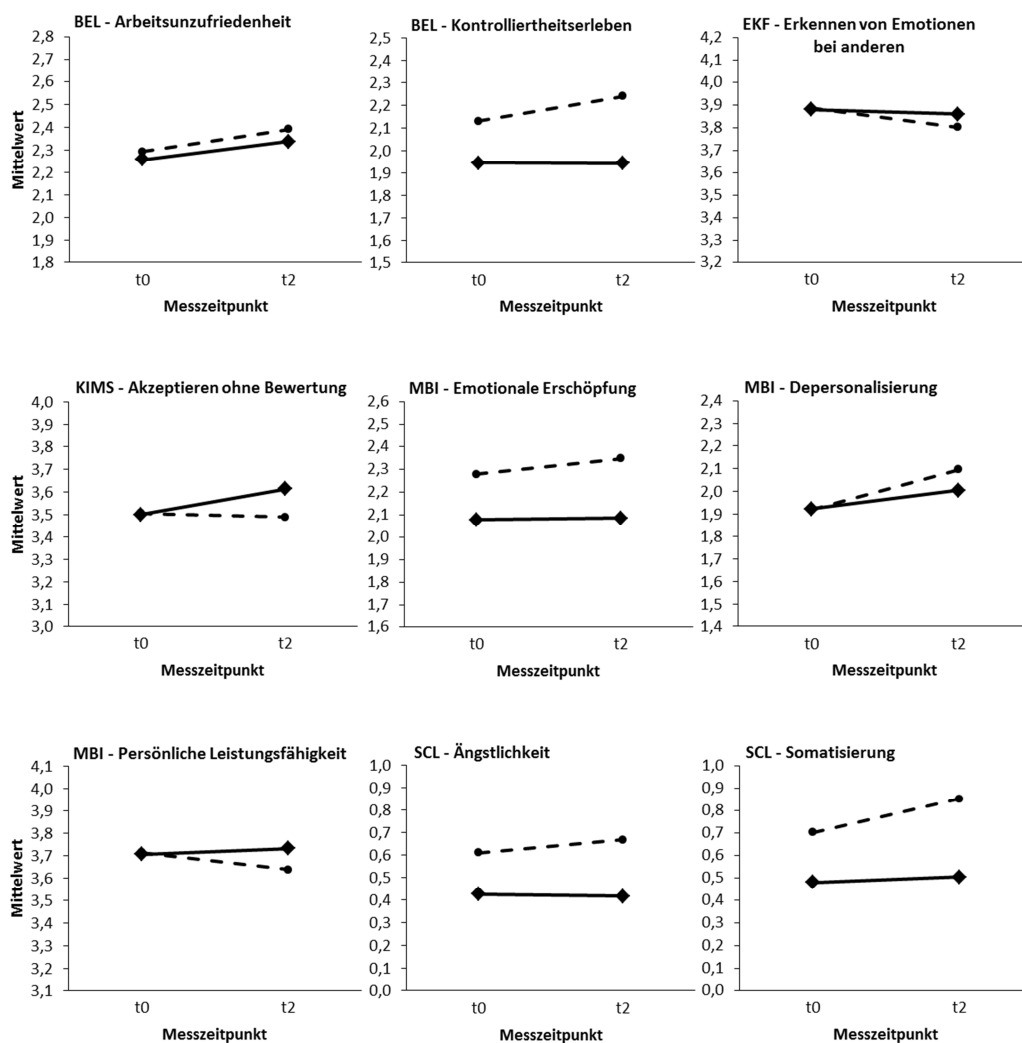
Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p
BEL – Arbeitsunzufriedenheit								
TG	2.26	0.77			2.34	0.89		
KG	2.29	0.84	-0.40	.693	2.39	0.89	-0.54	.587
BEL – Kontrolliertheitserleben								
TG	1.95	0.66			1.94	0.67		
KG	2.13	0.82	-2.24*	.028	2.24	0.83	-3.53***	<.001
EKF – Erkennen von Emotionen bei anderen								
TG	3.88	0.45			3.86	0.51		
KG	3.89	0.46	-0.11	.911	3.80	0.49	1.03	.304
KIMS-D – Akzeptieren ohne Bewertung								
TG	3.50	0.80			3.61	0.76		
KG	3.51	0.72	-0.58	.954	3.49	0.81	1.40	.164
MBI – Depersonalisierung								
TG	1.92	0.69			2.00	0.69		
KG	1.92	0.62	0.04	.968	2.09	0.68	-1.20	.232
MBI – Emotionale Erschöpfung								
TG	2.08	0.62			2.08	0.75		
KG	2.28	0.78	-2.54*	.012	2.35	0.83	-2.96**	.003
MBI – Persönliche Leistungsfähigkeit								
TG	3.71	0.49			3.73	0.54		
KG	3.71	0.44	-0.13	.895	3.64	0.55	1.55	.123
SCL-90-R – Ängstlichkeit								
TG	0.42	0.44			0.42	0.47		
KG	0.61	0.69	-2.90**	.004	0.67	0.76	-3.58***	<.001

Gruppe	Messzeitpunkt t0 (prä)				Messzeitpunkt t2 (follow-up)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
SCL-90-R – Somatisierung								
TG	0.48	0.43	-3.63***	<.001	0.50	0.51	-4.70***	<.001
KG	0.70	0.66			0.85	0.79		
SEE – Akzeptanz eigener Emotionen								
TG	3.92	0.69	0.51	.609	3.92	0.70	1.33	.184
KG	3.88	0.67			3.81	0.78		
SEK-27 – Aufmerksamkeit								
TG	3.25	0.68	2.78**	.006	3.35	0.62	3.08**	.002
KG	3.04	0.68			3.12	0.71		
SEK-27 – Selbstunterstützung								
TG	3.13	0.69	-0.34	.738	3.19	0.65	0.94	.347
KG	3.16	0.58			3.12	0.61		
SEK-27 – Verstehen								
TG	3.42	0.53	2.09*	.038	3.48	0.53	3.61***	<.001
KG	3.29	0.57			3.24	0.64		
SPF – Empathic Concern								
TG	3.69	0.66	-0.03	.977	3.62	0.66	0.38	.705
KG	3.69	0.68			3.60	0.65		
SPF – Fantasy								
TG	3.32	0.85	1.98*	.049	3.28	0.85	1.58	.114
KG	3.12	0.90			3.13	0.87		
SPF – Personal Distress								
TG	2.49	0.75	1.27	.205	2.51	0.73	0.28	.776
KG	2.39	0.68			2.49	0.68		
SPF – Perspective Taking								
TG	3.44	0.69	0.24	.809	3.42	0.69	0.61	.539
KG	3.43	0.68			3.37	0.62		

Anmerkungen. $N_{TG}=147$, $N_{KG}=172$, TG Trainingsgruppe, KG Kontrollgruppe, *M* Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *t* t-Wert, *p* Signifikanz, * signifikant mit $p<.05$, ** signifikant mit $p<.01$, *** signifikant mit $p<.001$.

Bezüglich der Trait-Maße für Empathie, die mit den vier Dimensionen des *SPF* (*Empathic Concern*, *Fantasy*, *Personal Distress* und *Perspective Taking*) erhoben wurden, wurden keine Veränderungen durch das Training erwartet, da Empathie als Persönlichkeitsmerkmal (im Sinne der mittel- bis langfristig stabilen Verhaltensdisposition) per definitionem nicht über kurzfristige Interventionen veränderbar ist. Die Ergebnisse scheinen dies zu bestätigen. Weder sind Interaktions- noch Gruppenunterschiede in den vier Dimensionen nachweisbar. Das Training scheint also wie angenommen nicht auf dieser Ebene wirksam zu sein. Im Bereich der veränderbaren Empathie im Sinne der Empathie für andere wurde erwartet, dass es zu einer Veränderung im *Erkennen von Emotionen bei anderen* (erhoben mit gleichnamiger Dimension des *EKF*) kommt, was sich in den Ergebnissen nicht widerspiegelt. Im Bereich der Selbstempathie mussten ebenfalls Nullergebnisse verzeichnet werden. Die Veränderung des Fokus auf die eigenen Gefühle, die mit der Dimension *Aufmerk-*

samkeit der SEK-27 erfasst wurde, sowie das Verstehen und Akzeptieren der eigenen Emotionen (erhoben über die Dimensionen *Verstehen* der SEK-27 sowie *Akzeptieren ohne Bewertung* des KIMS-D und *Akzeptanz eigener Emotionen* der SEE) zeigten in der RM-ANOVA keine signifikanten Resultate. Veränderungen der Folgen des EKS konnten nach gleichem Prinzip in den Dimensionen *Arbeitsunzufriedenheit* des BEL, den Dimensionen *Emotionale Erschöpfung*, *Depersonalisierung* und *Persönliche Leistungsfähigkeit* des MBI, sowie den Dimensionen *Ängstlichkeit* und *Somatisierung* der SCL-90-R nicht nachgewiesen werden. Alle Befunde der dritten Kategorie sind in Abbildung 22 dargestellt.



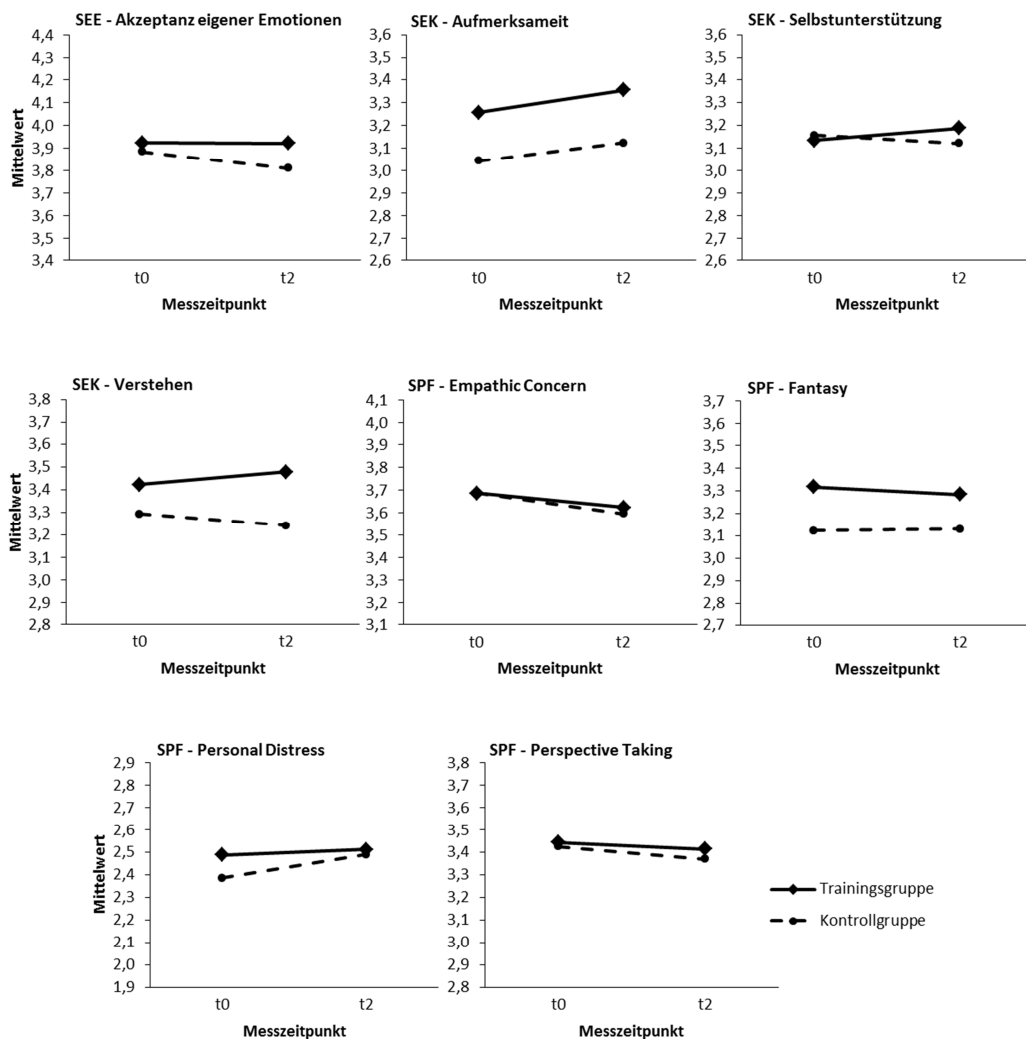


Abbildung 22. Mittelwertdiagramme der Dimensionen der dritten Kategorie (ohne signifikante Effekte im Sinne der Hypothesen) für Trainings- und Kontrollgruppe zu t0 (prä) und t2 (follow-up)

Diese Nulleffekte stehen den oben berichteten positiven Effekten gegenüber, so dass insgesamt hinsichtlich der Hypothesen ein differenziertes Bild zu bestehen scheint. Grundsätzlich lässt sich allerdings feststellen, dass ausnahmslos alle Effektstärken in die Richtung der Hypothesen zeigen und somit in keiner Dimension ein Ergebnis eingetreten ist, das sich im Widerspruch zu den Hypothesen befindet. Diese absolute Konsistenz kann als starkes Indiz für die Wirksamkeit und Spezifität des Trainings im Sinne der Hypothesen angenommen werden. Die Hauptwirkung des Trainings lässt sich über die sechs Dimensionen beschreiben, bei denen die Effektstärke den Wert von .30 übersteigt (siehe Tabelle 16). Demnach liegt der deutlichste Effekt des Trainings in den folgenden Dimensionen und entsprechenden inhaltlichen Bereichen:

- Akzeptanz (SEK-27): Annahme (Nichtverzerrung) der eigenen Emotionen,
- Wertpluralismus (ISK): Akzeptieren (Nichtverzerrung) der Sichtweisen anderer,
- Involviertheit (MBI): Selbst-Andere-Differenzierung,
- Resilienz (SEK-27): Aushalten belastender Emotionen,
- Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft (SEK-27): Handlungsfähigkeit trotz belastender Emotionen,
- Empathie für andere (SOE): Empathie für andere im Sinne der GFK.

Diese Ergebnisse werden (ebenso wie die folgenden der weiteren Analysen) im abschließenden Kapitel 7 wieder aufgegriffen und in der Bedeutung und Aussagekraft diskutiert.

6.3 Weitere Analysen

Den Ergebnisbericht abschließend werden zwei weitere Analysen beschrieben, die nicht zu den primären Hypothesen der Studie gehören. Zuerst wird der Einfluss des unterschiedlichen Einsatzes der TrainerInnen in den Trainings analysiert (6.3.1) und anschließend die Frage untersucht, ob bzw. inwieweit Voraussetzungen in der Trait-Empathie bestehen, um eine Veränderung im Training zu erfahren (6.3.2).

6.3.1 Einfluss der TrainerInnen

Da die Zuweisung der TrainerInnen zu den Trainingsgruppen zufällig erfolgte und gleichzeitig den für Interventionsstudien typischen organisatorischen Restriktionen unterlag, ergab sich die in Kapitel 5.2 beschriebene ungleiche Verteilung der TrainerInnen zu den Interventionsgruppen. Daher wurde regressionsanalytisch berechnet, ob sich der Unterschied zwischen den TrainerInnen auf die Effekte in den Differenzvariablen der Dimensionen (jeweils t_2-t_0) niederschlägt. Der Einfluss der vier TrainerInnen wurde über Dummy-Variablen kodiert. Es ergaben sich fünf signifikante Effekte in den Dimensionen *Wertpluralismus* und *Zuhören* des ISK, *Akzeptanz* und *Resilienz* aus dem Inventar SEK-27 sowie *Akzeptanz eigener Emotionen* aus dem SEE, wie in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20. Regressionsanalysen über den Einfluss der Trainer mittels Dummy-Variable pro Trainer bezüglich der Differenzvariablen der jeweiligen Dimensionen (t2-t0)

Inventar / Dimension	R^2	F	p
Berufliche Belastung (BEL)			
Arbeitsunzufriedenheit	.03	1.11	.357
Kontrolliertheitserleben	.04	1.49	.209
Überforderung	.06	2.17	.075
Gesamtscore BEL	.02	0.64	.637
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)			
Erkennen eigener Emotionen	.03	1.08	.370
Erkennen von Emotionen bei anderen	.05	1.79	.135
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)			
Wertpluralismus	.08	3.20 *	.015
Zuhören	.09	3.58 **	.008
Irritation (IS)			
Emotionale Irritation	.03	1.05	.384
Kognitive Irritation	.02	0.62	.649
Gesamtscore IS	.02	0.84	.503
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)			
Akzeptieren ohne Bewertung	.06	2.40	.053
Beschreiben	.02	0.78	.542
Maslach Burnout Inventar (MBI)			
Depersonalisierung	.05	1.68	.157
Emotionale Erschöpfung	.01	0.46	.761
Involviertheit	.04	1.37	.246
Persönliche Leistungsfähigkeit	.05	1.73	.147
Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)			
Empathic Concern	.01	0.47	.757
Fantasy	.02	0.83	.508
Personal Distress	.02	0.67	.616
Perspective Taking	.06	2.05	.091
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)			
Akzeptanz	.09	3.54 **	.009
Aufmerksamkeit	.06	2.20	.072
Klarheit	.05	1.90	.113
Körperwahrnehmung	.06	2.40	.053
Regulation	.03	0.96	.432
Resilienz	.08	2.89 *	.024
Selbstunterstützung	.05	1.92	.110
Verstehen	.05	1.74	.145
Zielbezogene Konfrontationsbereitschaft	.03	1.21	.310
Self-Other Empathy Skala (SOE)			
Empathie für Andere	.04	1.39	.241
Selbstempathie	.02	0.78	.537
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)			
Akzeptanz eigener Emotionen	.10	3.99 **	.004
Erleben von Emotionsmangel	.04	1.55	.192
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)			
Ängstlichkeit	.03	1.31	.271
Depressivität	.05	1.97	.102
Somatisierung	.02	0.88	.478
Unsicherheit im Sozialkontakt	.05	1.68	.158

Anmerkungen. R^2 Varianzaufklärung, F Prüfstatistik der F-Verteilung zur Analyse des R^2 -Zuwachses zu Null, p Signifikanz des F-Wertes, * signifikant mit $p < .05$, ** signifikant mit $p < .01$. Alle $N=147$.

Die Unterschiedlichkeit der TrainerInnen schlägt sich also in fünf von 38 Variablen nieder. Diese Effekte deuten darauf hin, dass die Unterschiedlichkeit der TrainerInnen in spezifischen Dimensionen durchaus einen messbaren Einfluss hatte, auch wenn dieser in Bezug auf das gesamte Wirkspektrum gering erscheint. Es muss weiter eingrenzend angemerkt werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Unterschiedlichkeit des Einflusseffektes der TrainerInnen auch mit eben diesem unterschiedlichen Anteil an der Stichprobe zusammenhängt, da geringe Effekte bei kleinem Anteil an der Stichprobe schwerer und dieselben Effekte bei größerem Anteil durch die höhere statistische Power leichter signifikant werden.

6.3.2 Voraussetzungen für Erfolg des Trainings

Es kann vermutet werden, dass hinsichtlich der Trait-Variablen der Empathie Voraussetzungen bestehen, die den Erfolg durch die Teilnahme am Training bedingen. Höhere Empathiewerte der Teilnehmenden könnten eher dazu führen, dass durch das Empathietraining das empathische Verhalten weiter gestärkt wird, während niedrige Empathiewerte eine Veränderung unterbinden könnten, da der Zugang zur Thematik nicht gegeben ist. Um dies zu untersuchen, wurden die Teilnehmenden der Interventionsgruppe anhand ihrer standardisierten Werte in den vier Dimensionen des Empathietraitmaßes *SPF (Empathic Concern, Fantasy, Personal Distress und Perspective Taking)* zu t0 mittels Clusteranalyse in Typen (Asendorpf, 2003; Roth & Collani, 2007) bzw. charakteristische Subgruppen unterteilt, die sich möglichst deutlich in ihren jeweiligen Profilen unterscheiden. Die Unterschiedlichkeit zwischen den Subgruppen sollte daher möglichst hoch, innerhalb der Subgruppen möglichst gering sein.

Nach Vorschlag von Roth und Liebe (2011) wurde eine Kombination aus dem hierarchischen Verfahren nach Ward (1963) und der k-means-Methode nach MacQueen (1967) angewandt, die laut Roth und Liebe (2011) ursprünglich bei Blashfield und Aldenderfer (1988) beschrieben wurde. Der erste Schritt folgt der hierarchischen Clusteranalyse und ergibt eine anfängliche Clusterzuordnung der ProbandInnen nach dem Prinzip der schrittweisen Fusion der Zuordnungselemente anhand der euklidischen Distanz. Anhand des Fehlerquadratwachses, wie in Abbildung 23 gezeigt, erscheint eine Clusterlösung mit mindestens zwei Clustern als statistisch angemessen und die Clusterung mit mindestens drei Lösungen als inhaltlich sinnvoll.

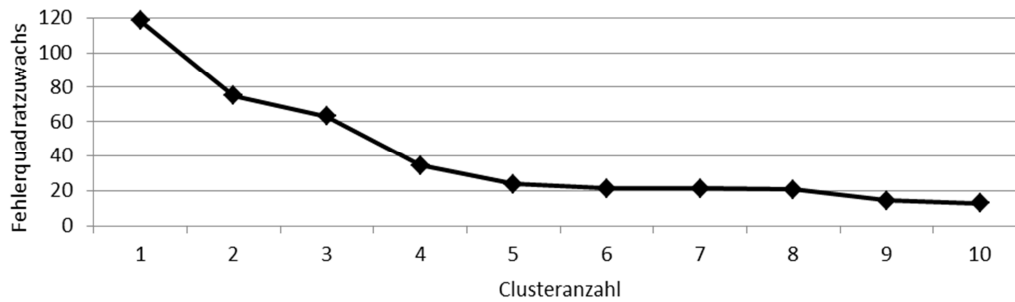


Abbildung 23. Verlauf des Fehlerquadratsummes der letzten zehn Fusionsschritte der hierarchischen Clusteranalyse

Die Drei- und die Vier-Clusterlösung wurden weiter anhand der k-means-Methode optimiert, wobei die ursprüngliche Zuweisung durch die nicht-hierarchische Neuordnung anhand der festen Vorgabe der Clusteranzahl und der Clusterzentren korrigiert wird. Im Ergebnis erzeugte die Drei-Clusterlösung gegenüber der Vier-Clusterlösung inhaltlich sinnvoll voneinander abgrenzbare Subgruppen bzw. Typen. Die Verteilung der ProbandInnen auf die drei Cluster ist dabei mit $N_{Cluster1}=38$ (26%), $N_{Cluster2}=64$ (43%) und $N_{Cluster3}=45$ (31%) nicht optimal gleichmäßig, aber akzeptabel, da keine Gruppe doppelt so stark vertreten ist wie jede andere. Anhand der vier der Clusterung zugrundeliegenden Dimensionen (Aktivvariablen) des Trait-Maßes der Empathie können die Typen inhaltlich wie folgt beschrieben werden (wie auch in Abbildung 24 dargestellt).

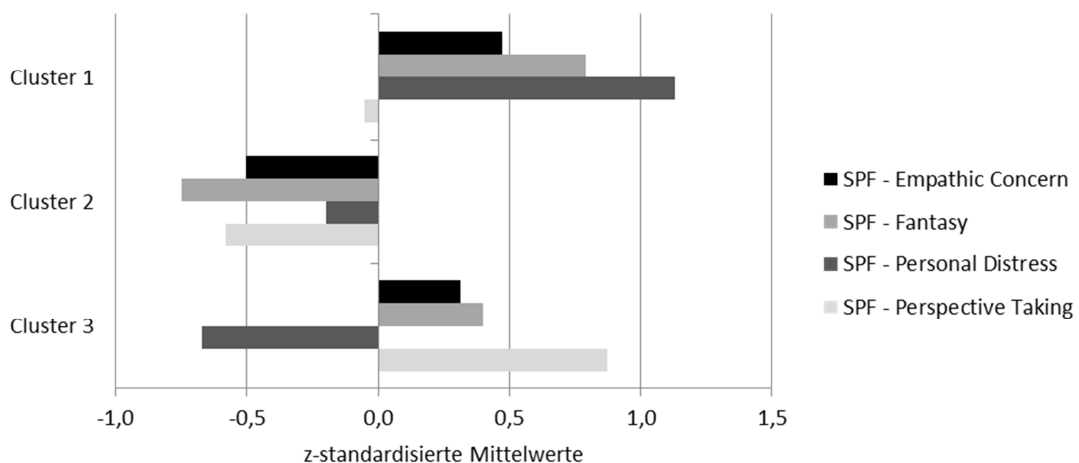


Abbildung 24. Z-Standardisierte Ausprägungen der vier Aktivvariablen in den drei Clustern

Das erste Cluster ist gekennzeichnet durch erhöhte Werte in *Empathic Concern* und *Fantasy*, überdurchschnittliche Werte in *Personal Distress* und mittlere Werte in *Perspective Taking*. Durch die relativ zu den anderen Clustern höhere Ausprägung

des *Personal Distress* und der nur mittleren Ausprägung in *Perspective Taking* kann diese Gruppe beschrieben werden als primär emotional empathisch und geprägt von der Tendenz des Mitleidens. Diese Art der Empathie kann (z.B. nach Batson et al., 1997; bzw. Batson et al., 1987) als belastet durch die eigene Empathie (da primär im Sinne des Mitleidens) bezeichnet werden. Das zweite Cluster zeichnet sich durch niedrige Ausprägungen in allen Dimensionen aus, auch wenn diese noch im Normalbereich (also innerhalb einer Standardabweichung) liegen. Durch die generell niedrigen Werte kann diese Gruppe als eher wenig empathisch bezeichnet werden. Das dritte Cluster schließlich weist nur leicht erhöhte Werte in *Empathic Concern* und *Fantasy*, deutlich erhöhte wenn auch noch nicht überdurchschnittlich hohe Werte in *Perspective Taking* und eher geringe Werte in *Personal Distress* auf. Durch diese besondere Konfiguration mit relativ hohem *Perspective Taking* und relativ niedrigem *Personal Distress* scheint diese Gruppe eher durch kognitive Empathie und weniger durch Mitleiden charakterisierbar (wobei die kognitive Seite zwar stärker ausgeprägt ist als die emotionale, aber letztere mindestens durchschnittlich ausfällt). Das Cluster kann in diesem Sinne als reflektiert, balanciert oder unbelastet angesehen werden.

Die drei Cluster bzw. Typen sind also in ihren Werten und von der inhaltlichen Fassung her gut voneinander abgrenzbar und spiegeln unterschiedliche Konfigurationen von Empathiewerten wider. Die Clusterung wurde nun als Faktor in der ANOVA verwendet und bezüglich der Differenzvariablen¹¹ der Dimensionen auf Effekte überprüft. Diese Differenzvariablen ergeben sich pro Dimension aus der Subtraktion der Werte der Follow-up-Messung (t2) von der Prä-Messung (t0) und spiegeln damit die Brutto-Veränderung in der jeweiligen Dimension wider. Somit lässt sich abschätzen, ob und inwieweit die Typen unterschiedlich hohe Veränderungen in den Dimensionen erzielen, also unterschiedlich stark vom Training profitieren. Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 21 dargestellt. Es wurden für sechs Dimensionen signifikante Effekte gefunden.

¹¹ Die Problematik der Aufsummierung der Messfehler ist hierbei sicher nicht zu vernachlässigen. Da diese Analysen jedoch primär explorativen Charakter haben, wird darauf nicht gesondert eingegangen.

Tabelle 21. Signifikante Ergebnisse der ANOVA und Post-Hoc-Tests über die Cluster bezüglich der Differenzvariablen der Dimensionen

Inventar - Dimension	ANOVA			Post-Hoc-Test		
	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Cluster	Diff	<i>p</i>
Berufliche Belastung (BEL)						
Arbeitsunzufriedenheit	0.53	.587	.01	-	-	-
Kontrolliertheitserleben	0.98	.376	.01	-	-	-
Überforderung	1.61	.204	.02	-	-	-
Gesamtscore BEL	0.05	.948	.00	-	-	-
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)						
Erkennen eigener Emotionen	0.15	.858	.00	-	-	-
Erkennen von Emotionen bei anderen	0.03	.971	.00	-	-	-
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)						
Wertepluralismus	1.35	.261	.02	-	-	-
Zuhören	1.15	.318	.02	-	-	-
Irritation (IS)						
Emotionale Irritation	0.53	.590	.01	-	-	-
Kognitive Irritation	0.63	.536	.01	-	-	-
Gesamtscore IS	0.42	.660	.01	-	-	-
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)						
Akzeptieren ohne Bewertung	1.65	.196	.02	-	-	-
Beschreiben	0.62	.542	.01	-	-	-
Maslach Burnout Inventar (MBI)						
Depersonalisierung	4.20*	.017	.06	1 & 3	-0.30	.013
Emotionale Erschöpfung	0.67	.514	.01	-	-	-
Involviertheit	0.59	.553	.01	-	-	-
Persönliche Leistungsfähigkeit	2.24	.110	.03	-	-	-
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)						
Akzeptanz	4.64*	.011	.06	1 & 3	0.36	.015
Aufmerksamkeit	1.20	.303	.02	-	-	-
Klarheit	0.09	.910	.00	-	-	-
Körperwahrnehmung	0.64	.526	.01	-	-	-
Regulation	2.98	.054	.04	-	-	-
Resilienz	4.37*	.014	.06	1 & 2	0.40	.025
				1 & 3	0.36	.032
Selbstunterstützung	10.18*	<.001	.12	1 & 2	0.50	.002
				1 & 3	0.57	<.001
Verstehen	0.56	.574	.01	-	-	-
Zielbezog. Konfrontationsbereitschaft	1.69	.188	.02	-	-	-
Self-Other Empathy Skala (SOE)						
Empathie für Andere	0.15	.858	.00	-	-	-
Selbstempathie	0.18	.837	.00	-	-	-
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)						
Akzeptanz eigener Emotionen	0.19	.830	.00	-	-	-
Erleben von Emotionsmangel	0.09	.913	.00	-	-	-
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)						
Ängstlichkeit	2.96	.055	.04	-	-	-
Depressivität	5.59*	.005	.07	1 & 2	-0.41	.007
				1 & 3	-0.34	.018
Somatisierung	0.06	.945	.00	-	-	-
Unsicherheit im Sozialkontakt	3.21*	.043	.04	1 & 2	-0.31	.038

Anmerkungen. *F* F-Wert der ANOVA, *p* Signifikanz, η^2 partielles Eta-Quadrat, Diff mittlere Differenz der Werte innerhalb der Cluster.

Da nur wenige Effekte die Grenze der Signifikanz überschritten haben, ist davon auszugehen, dass die Wirkung des Trainings keine speziellen Voraussetzungen in der Ausprägung der Trait-Empathie aufweist. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass nur eine spezielle Gruppe vom Training profitiert, sondern die Wirkung über die typischen Konfigurationen der Empathiewerte hinweg wirksam ist.

7 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Idee untersucht, ob ein Training zur Vermeidung des empathisch kurzschlüssigen Verhaltens anhand der Anwendung der vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation zur einer Erhöhung spezifischer emotionaler Kompetenzen und zur Reduktion spezifischer psychosomatischer und Belastungssymptome führen kann. Im Folgenden werden die Befunde der formativen und summativen Trainingsevaluation zusammengefasst (Kapitel 7.1), die hypothesen-konformen und hypothesen-widrigen Befunde in ihrer Bedeutung interpretiert und in ihren potenziellen Ursachen diskutiert (Kapitel 7.2) sowie die Limitationen und methodischen Schwachstellen der Studie analysiert (Kapitel 7.3). Das Kapitel schließt mit einem Fazit zur Untersuchung und einem Ausblick auf weitere Arbeiten in diesem Bereich (Kapitel 7.4).

7.1 Zusammenfassende Darstellung der Befunde

Die Ergebnisse der formativen Evaluation (vgl. Kapitel 6.2.1) sind als durchweg positiv einzuschätzen. Die Teilnehmenden bewerten das Training insgesamt mit gut bis sehr gut. Diese Bewertung gilt auch für die Atmosphäre im Training, Menge der Inhalte, Dauer, Verhältnis von Theorie zu Praxis und die persönliche Einschätzung des Gewinns bzw. der Bereicherung durch die Teilnahme am Training. Diese positiven Einschätzungen finden sich auch in den einzelnen Bereichen wieder: So wurden Struktur und Aufbau, Verständlichkeit, Qualität der TrainerInnen und Übungen, Erfahrungen im Training, Praxisbezug und Motivation im Training mit überdurchschnittlich positiven Werten eingeschätzt.

Die Ergebnisse der summativen Evaluation, die in Kapitel 6.2.2 vorgestellt wurden, legen den Schluss nahe, dass für das Trainingsprogramm eine spezielle Wirksamkeit nachweisbar ist. Dabei konnte zum einen gezeigt werden, dass der Wissenszuwachs über die Differenzierungen im Modell der Gewaltfreien Kommunikation auch zum Follow-up-Messzeitpunkt deutlich nachweisbar ist. Zum zweiten wurde entsprechend der Hypothesen keine Veränderung auf der Trait-Ebene der Empathie erwartet, was sich ebenfalls in den Ergebnissen widerspiegelt. Zum dritten wurde als wesentliches Ergebnis die Wirksamkeit des Trainings im Sinne der Hypothesen in insgesamt 18 Dimensionen etablierter Messinstrumente nachgewiesen (Kategorie 1 und 2 des Ergebnisberichts der summativen Evaluation, siehe Tabellen 17 und 18). Im Rückschluss auf die Herleitung der Hypothesen kann davon ausgegangen werden, dass das Training die folgenden positiven Veränderungen auslösen kann. Im Bereich der Empathie für andere haben sich durch das Training die folgenden Änderungen ergeben:

- Veränderung des Umgangs mit den Emotionen anderer zu einem Umgang im Sinne der GFK, der sich unter anderem durch Achtsamkeit und Bewertungsfreiheit kennzeichnet,
- Stärkung der Selbst-Andere-Differenzierung und damit der professionellen Distanz im beruflichen Handeln,
- Erhöhung der Akzeptanz anderer Sichtweisen,
- Erhöhung der Bereitschaft, anderen zuzuhören.

Bezüglich der Selbstempathie konnte diese Effekte nachgewiesen werden:

- Veränderung des Umgangs mit den eigenen Emotionen zu einem Umgang im Sinne der GFK, der sich unter anderem durch Bewusstsein über und Annahme der eigenen Emotionen kennzeichnet,
- Verstärkung der Bereitschaft, die eigenen Emotionen anzunehmen bzw. zu akzeptieren und auszuhalten bzw. bewusst zu erleben,
- Stärkung der Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit trotz akuter intensiver Emotionen,
- Erhöhung der Fähigkeit, die eigenen Emotionen klar zu benennen.

Die durch empathisch kurzschlüssiges Handeln bedingten Folgen im psychosomatischen und Belastungserleben konnten durch das Training wie folgt verändert werden:

- Reduktion der erlebten Belastung im beruflichen Alltag allgemein,
- Reduktion der kognitiven und emotionalen Anspannung,
- Reduktion der psychosomatischen Symptome der Depressivität,
- Reduktion der Symptome der sozialen Unsicherheit.

Diese hypothesen-konformen Befunde wurden weiter analysiert hinsichtlich des Ausmaßes des Einflusses der jeweiligen TrainerInnen sowie der Voraussetzungen in der Ausgangsempathie für den Erfolg des Trainings auf Seiten der Teilnehmenden (vgl. Kapitel 6.3). Dabei wurde nur eine sehr begrenzte Einflussstärke der TrainerInnen deutlich, die sich in nur wenigen Dimensionen niederschlägt. Die Voraussetzungen der Teilnehmenden bezüglich ihrer individuellen Empathie-Konfiguration sind ebenso nur sehr schwach ausgeprägt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß an Empathie, welches die Teilnehmenden vor der Durchführung des Trainings aufweisen, kein entscheidender Prädiktor für den Trainingserfolg darstellt.

Die erwartete Wirksamkeit des Trainings deckt sich jedoch nicht vollständig mit der empirisch belegbaren, wie oben beschrieben. So überschritten in zwölf Dimensionen die gemessenen Veränderungen nicht die Signifikanzgrenze (vgl. Kapitel 6.2.2.2.2.). Im Rückschluss auf die Herleitung der Hypothesen erreichte das Training also nicht die angenommenen Veränderungen in den folgenden Bereichen. Im Bereich der Empathie für andere erbrachte die Evaluation des Trainings:

- keine bedeutsame Veränderung im Erkennen von Emotionen bei anderen.

Auch bezüglich der Selbstempathie konnten Effekte durch das Training mitunter nicht aufgezeigt werden, sodass die Wirkung die folgenden Bereiche nicht zu umfassen scheint:

- keine bedeutsame Veränderung der Akzeptanz eigener Emotionen,
- keine bedeutsame Steigerung der Aufmerksamkeit für die eigenen Emotionen,
- keine bedeutsame Veränderung im Verstehen der eigenen Emotionen.

Die Folgen des empathisch kurzschlüssigen Handelns im psychosomatischen und Belastungserleben konnten nicht durchgängig nachweisbar reduziert werden, so wie in den folgenden Bereichen:

- keine bedeutsame Reduktion der Arbeitsunzufriedenheit,
- keine bedeutsame Reduktion der Burnout-Symptomatik,
- keine bedeutsame Reduktion der psychosomatischen Symptome der Somatisierung und allgemeinen Ängstlichkeit.

Es fällt auf, dass bei der Akzeptanz der eigenen Emotionen widersprüchliche Befunde vorliegen. Dieser Wirkaspekt des Trainings wurde mit zwei verschiedenen Inventaren erfasst (*SEK-27* und *SEE*, vgl. Kapitel 5.4.10 bzw. 5.4.12), deren Befunde sich, wie oben benannt, zu widersprechen scheinen. Ferner finden sich positive Befunde

im Sinne der Hypothesen, wie etwa im Bereich des psychosomatischen und Belastungserleben (vgl. Kapitel 5.4), die aber nicht einheitlich für alle Teilbereiche zu finden sind, wie oben benannt. Diese scheinbar uneinheitliche Befundlage und die weitere Interpretation und Diskussion der Befunde werden im folgenden Kapitel behandelt.

7.2 Diskussion der Befunde

Die formative Evaluation (vgl. Kapitel 5.4.3 und 6.2.1) kann durch die deutlich positiven Einschätzungen der Teilnehmenden als ein eindeutiges Indiz für die positive Annahme des Trainings bei den Teilnehmenden interpretiert werden. Die Bewertungen der inhaltlichen Bereiche – also die Verständlichkeit der behandelten Inhalte, die Qualität der Übungen, die Erfahrungen im Training und der Praxisbezug – lassen darauf schließen, dass die Teilnehmenden dem Verlauf des Trainings gut folgen konnten und keine Über- oder Unterforderung stattfand. Die Inhalte scheinen also in Fokussierung und Menge auf die Zielgruppe passend zugeschnitten gewesen zu sein. Ferner schienen die Übungen die Theorie sinnvoll ergänzt zu haben, was für eine ausgewogene Konzeptualisierung spricht. Die Bewertungen belegen auch die Relevanz und Anwendbarkeit im beruflichen Alltag. In den methodischen Bereichen, die die Akzeptanz des Trainings neben den Inhalten ebenfalls stark beeinflussen, wurde das Training hinsichtlich Struktur und Aufbau, Qualität der TrainerInnen und Motivation der Teilnehmenden bewertet. Die bereits beschriebenen homogen überdurchschnittlich positiven Bewertungen attestieren der Trainingsdurchführung eine nachvollziehbare Struktur, die durch sinnvolle Veranschaulichungen und Offenheit für Diskussionen die Selbstständigkeit der Teilnehmenden förderte. Die TrainerInnen wurden als kompetent in der Vermittlung der Inhalte und in der motivierenden Durchführung des Trainings eingeschätzt, was dazu führte, dass die Motivation während des Trainings höher eingeschätzt wurde als zu Beginn. Diese positiven Bewertungen könnten alternativ bzw. zum Teil auch auf die einfache stimulierende Wirkung der inhaltlichen und personalen Abwechslung im Ausbildungskurriculum erklärt werden. Da das Training aber über vier Tage und die formative Evaluation ganz am Ende durchgeführt wurde, erscheint unwahrscheinlich, dass noch keine Gewöhnung der Teilnehmenden an die TrainerInnen stattgefunden haben sollte. Schließlich spricht die Bewertung des Trainings als persönliche Bereicherung

auch eher dafür, dass nicht nur die Abwechslung, sondern auch die Sinnhaftigkeit der Inhalte und die Bearbeitung der Thematik positiv eingeschätzt wurden.

Die summative Evaluation des Trainingsprogramms ergab mit den in Kapitel 6.2.2.2.2 beschriebenen signifikanten Effekten deutliche Hinweise auf dessen Wirksamkeit. Auch die nicht signifikanten Befunde weisen in der Effektstärke ausnahmslos in die Richtung der Hypothesen (vgl. Kapitel 3.2), was bei einer zufälligen und nicht gerichteten Wirkung des Trainings nicht erwartet werden würde. Gemäß den Hypothesen kann also davon ausgegangen werden, dass das Trainingskonzept (vgl. Kapitel 4.3) die erwartete generelle Wirkung zu erzeugen vermag. So konnten die Ziele des Trainings in den Befunden als positiv erfüllt nachgewiesen werden:

- Steigerung des reflektierten und achtsamen Umgangs mit den Gefühlen und Bedürfnissen der anderen und der eigenen Person,
- Steigerung der professionellen Selbst-Andere-Differenzierung,
- Steigerung der Handlungsfähigkeit in intensiven emotionalen Situationen,
- Reduktion der assoziierten psychosomatischen und Belastungssymptome.

Die gemessenen Effekte werden im Folgenden im Detail besprochen. Dabei werden sie entsprechend der a-priori gesetzten Hypothesen zuerst auf die Wirkung des Trainings zurückgeführt und in diesem Kontext interpretiert. Alternative Erklärungen werden in der Methodenkritik in Kapitel 7.3 diskutiert. Die Erläuterungen orientieren sich an den Elementen des Trainings, wie in Kapitel 4.3 beschrieben.

So ergaben sich durch die Teilnahme am Training für die Teilnehmenden Veränderungen im Erkennen der eigenen Emotionen, die in größerer Klarheit erkannt sowie eindeutiger differenziert und beschrieben werden konnten. Durch den intensiven Fokus des Trainingskonzepts auf die Reflexion des eigenen Erlebens erscheint dieser Effekt nachvollziehbar. Die Wahrnehmung der eigenen Emotionen wurde thematisiert und in praktischen Übungen trainiert. Dazu diente auch das Aktivieren des Vokabulars über die Gefühls- und Bedürfnislisten (vgl. Kapitel 2.3.3.2 und 2.3.3.3, in der Anwendung z.B. bei Fritsch, 2008; Rosenberg, 2005b), die im gesamten Training immer wieder als Erinnerung an die Vielfalt möglicher Emotionen benutzt wurde. So konnte die Selbstwahrnehmung nicht nur innerlich gestärkt, sondern durch das Kommunizieren darüber auch in der Sicherheit nach außen gefestigt werden. Dadurch und durch die positive Atmosphäre während der Trainingsdurchführung, die in der formativen Evaluation deutlich wurde, kann vermutet werden, dass die nachweisbare Stärkung der Akzeptanz der eigenen Emotionen stattfinden konnte. Dieses Ergebnis ist dadurch besonders bedeutsam, da eine schwach ausgeprägte Fähigkeit zur Identifikation der eigenen Emotionen mit einer höheren unreflektier-

ten Übernahme der Emotionen der anderen Person (emotional contagion, vgl. Kapitel 2.1.2.3) einhergeht (Carré et al., 2013), also evtl. auch in Wechselwirkung mit der unten beschriebenen Veränderung der Selbst-Andere-Differenzierung steht.

Die Veränderung in der Bereitschaft zum Zuhören lässt sich über verschiedene, ineinander greifende Einflüsse erklären. Grundsätzlich ist von einem Effekt des Modelllernens (Bandura, 1965; Bandura, Ross & Ross, 1961; Baron, 1971) durch die – laut der formativen Evaluation – positiv besetzten TrainerInnen auszugehen, der vermutlich weiter verstärkt wurde durch die positiven Rückmeldungen in den Kleingruppenübungen. Diese Übungen trugen durch die Einübung und Routinisierung des Zuhör-Verhaltens vermutlich weiter zur Stärkung der Bereitschaft zum Zuhören bei. Im größeren Kontext kann auch vermutet werden, dass die Bereitschaft, anderen zuzuhören, umso besser gestärkt werden kann, je weniger Gefahr der emotionalen Destabilisierung durch die empathische Übertragung einer negativen Emotion besteht (vgl. Kapitel 2.2). Diese Gefahr führt entsprechend den Grundannahmen des Trainingskonzeptes häufiger zu empathisch kurzschlüssigem Verhalten, das wiederum die Interaktion belastet und Zuhören zu einem potenziellen Risikofaktor für das eigene Wohlbefinden macht. Die Reflexion und das dadurch mögliche Vermeiden des empathischen Kurzschlusses kann als Hintergrundprozess vermutet werden, der die Öffnung zum Zuhören wieder ermöglicht.

Im Verlauf des Trainings werden die Teilnehmenden in Kleingruppenarbeiten immer wieder zur Auseinandersetzung mit den verschiedenen Lebenssituationen der anderen Teilnehmenden angeregt, die als Beispielsituationen in den Gruppenübungen genutzt und dort intensiv besprochen werden. Dabei werden häufig markante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden deutlich, welche Werte als prioritär gelten und welche Strategien bei nicht erfüllten Bedürfnissen eingesetzt werden. Durch die Bearbeitung dieser Beispiele mithilfe der vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation (vgl. Kapitel 2.3.3) werden diese individuellen Unterschiede für andere nachvollziehbar und damit annehmbar. Es ist daher denkbar, dass die nachweisbare Steigerung in der allgemeinen Haltung der Akzeptanz gegenüber den Werten und Dispositionen anderer durch das Training über diese Prozesse erklärt werden kann.

Die positive Veränderung der Selbst-Andere-Differenzierung (vgl. Kapitel 2.1.1.1; Corcoran, 1982), die sich ebenfalls in den Befunden zeigt, lässt sich vermutlich hauptsächlich durch den immer wiederkehrenden abwechselnden Fokus sowohl auf die eigenen als auch auf die Emotionen und Bedürfnisse der anderen erklären, der im Training bewusst eingesetzt wird. Dadurch, so kann angenommen werden, prägt

sich immer stärker die bewusste Haltung aus, diese beiden Instanzen voneinander zu trennen. Dabei geschieht diese Trennung nicht im Sinne einer abwehrenden Distanzierung, sondern in einer reflektierten Differenzierung, in der es darum geht zu unterscheiden, in wem die Ursache und damit die Verantwortung für die beteiligten Gefühle und Bedürfnisse liegen (vgl. Kapitel 2.3.4). Die unreflektierte Übernahme von Emotionen und das damit häufig assoziierte Unwohlsein (Batson et al., 1987; Thoma et al., 2011) werden damit vermieden und eine professionelle Distanz bei gleichzeitiger Möglichkeit zur menschlichen Nähe ermöglicht. Dies kann als ursächlicher Hintergrundprozess vermutet werden, der sich in der messbaren Stärkung der professionellen Selbst-Andere-Differenzierung widerspiegelt.

Dieser Prozess steht vermutlich im Zusammenhang mit dem Befund, dass die Handlungsfähigkeit in intensiven, emotionalen Situationen durch die Teilnahme am Training gestärkt werden konnte. Die Selbst-Andere-Differenzierung kann dafür als Voraussetzung angesehen werden, da erst die bewusste Differenzierung und damit Klarheit über die Verantwortung für die beteiligten Emotionen ermöglicht, reflektiert und in Annahme der tatsächlichen Situation zu handeln (Rosenberg, 2006, 2012). Über die gleichermaßen gesteigerte Fähigkeit, das eigene emotionale Erleben leichter zu akzeptieren und achtsam handzuhaben, steigt die komplexe Fähigkeit, intensive Emotionen bei sich selbst und anderen auszuhalten und daher gleichzeitig handlungsfähig zu sein. Entsprechend zeigte sich auch die Reduktion der erlebten beruflichen Überforderung und des emotionalen Belastungserlebens. Nachvollziehbar erscheint in diesem Zusammenhang sicherlich auch, dass sich bereits positive Effekte auf die erlebte Sicherheit im zwischenmenschlichen Kontakt und, da diese zum Berufsbild definitorisch dazugehört (Bischoff-Wanner, 2002), auch in der erlebten Leistungsfähigkeit ergeben haben. Dass in Anbetracht des relativ kurzen Follow-up-Intervalls bereits signifikante Effekte neben diesen auch in der Neigung zur Depressivität nachweisbar waren, überrascht im Rückblick eher, da der Zeitaspekt in der anfänglichen Konzeption der Studie eher unterschätzt wurde und eigentlich nur leichte Tendenzen in Richtung positiver Effekte zu erwarten gewesen wären. Es könnte hier eine sich gegenseitig verstärkende Wechselwirkung aus der Stärkung der Selbst-Andere-Differenzierung und der Reduktion der Depressivität vermutet werden, wie bei Thoma et al. (2011) beschrieben.

Sechs der Dimensionen konnten anhand ihrer relativ zu den anderen Dimensionen hohen Werte der Effektstärke extrahiert werden (vgl. Kapitel 6.2.2.2.2). Durch ihre dominanten Effekte kennzeichnen sie das Training in besonderer Weise inhaltlich. Demnach besteht die Hauptwirkung des Trainings in den folgenden Wirkaspekten.

Das Training führt bei den Teilnehmenden zu einer höheren Tendenz, die Sichtweisen und Werte anderer zu akzeptieren und diese Unterschiedlichkeit konfliktfrei auszuhalten. Der Umgang mit den Emotionen und Bedürfnissen anderer wird achtsamer und annehmender, wobei gleichzeitig die Akzeptanz der eigenen Emotionen gefördert wird. In dieser parallelen Betrachtung der eigenen Emotionen und Bedürfnisse sowie die der anderen Person wird die Akzeptanz beider Perspektiven gefördert und eine professionelle Distanz gestärkt, durch die eine achtsame Handlungsbereitschaft auch in emotional belastenden Situationen aufrechterhalten werden kann. Der Konzeption des Trainings zur Reflexion des eigenen empathischen Verhaltens in emotional intensiven Situationen zur Vermeidung des empathischen Kurzschlusses mithilfe der Anwendung der vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation kann also die Wirksamkeit attestiert werden (vgl. Kapitel 3).

Die erste der zwei zusätzlichen Analysen (vgl. Kapitel 6.3), die ergänzend zur Trainingsevaluation durchgeführt wurden, fokussierte den Einfluss der individuellen TrainerInnen auf die Höhe der Veränderungen (vgl. Kapitel 6.3.1). Wie bereits oben erwähnt, ergaben sich hier nur sehr geringe Effekte in nur sehr wenigen Dimensionen. Die Unterschiede zwischen den TrainerInnen auf die Stärke der Effekte scheinen also generell betrachtet keinen wesentlichen Einfluss zu haben. Auffällig ist hierbei jedoch, dass sich der Einfluss in beiden Dimensionen zur Akzeptanz der eigenen Emotionen (*Akzeptanz eigener Emotionen (SEE)* und *Akzeptanz (SEK-27)*) sowie in den beiden erhobenen Dimensionen der sozialen Kompetenzen (*Wertpluralismus* und *Zuhören (ISK)*) niederschlug. Diese Befunde wären angesichts der klassischen Prinzipien des Modelllernens (Bandura, 1965; Bandura et al., 1961; Baron, 1971) durchaus nachvollziehbar, gegeben, dass sich die TrainerInnen in diesen Dimensionen voneinander unterscheiden. Allerdings sind deren Charakteristika aber nicht Teil der Erhebung gewesen, sodass diese Unterschiede hier nur theoretisch vermutet werden können. Da jedoch durch die Thematik des Trainings immer wieder auch die persönliche Haltung der TrainerInnen offensichtlich wird, wenn sie z.B. als BegleiterIn in den häufigen Gruppenübungen die Teilnehmenden im direkten Kontakt betreuen, könnten auch schon kleine Unterschiede in den persönlichen Charakteristika der TrainerInnen Unterschiede zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen bedingen.

Die zweite der zusätzlichen Analysen befasste sich mit der Frage, inwieweit Voraussetzungen für positive Effekte im Training bereits im Ausgangsmaß der individuellen Empathie bestehen (vgl. Kapitel 6.3.2), also ob bestimmte Empathieausprägungen vor Trainingsbeginn für eine positive Veränderung durch das Training notwendig

sind. Die Teilnehmenden wurden hierzu anhand typischer Muster der Empathie (im Sinne der Trait-Empathie) eingeteilt, wie auch bei anderen Persönlichkeitstypologien üblich (Altmann, Sierau & Roth, 2013; Roth & Collani, 2007). Die Unterschiede zwischen den Empathietypen erklärten allerdings nur unwesentlich Varianz in der Höhe der Effekte. Es ist also generell davon auszugehen, dass keine Voraussetzungen im Maß der Empathie bestehen, um vom Training zu profitieren. Betrachtet man allerdings die wenigen signifikanten Unterschiede genauer, kann man den Schluss ziehen, dass besonders das Cluster 1 gegenüber den anderen beiden Clustern eine positive Veränderung im Training erfährt. Inhaltlich wurde das Cluster 1 als belastet durch die eigene Empathie charakterisiert. Bei den Individuen in diesem Cluster ist die Tendenz besonders stark ausgeprägt, auf negative Emotionen von anderen mit Stress, Unbehagen und Angst zu reagieren. Dies würde im Einklang mit dem Grundkonzept des Trainingsprogrammes stehen, da ebendiese Reaktion die Basis für den empathischen Kurzschluss bildet und über die Reflexionen und Methoden im Training bearbeitet werden soll. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Cluster-Unterschiede besonders in den Bereichen der Selbst-Andere-Differenzierung und der Handlungsfähigkeit trotz intensiver Emotionen ausgeprägt sind.

Da die generellen positiven Befunde aus methodologischer Sicht nicht logisch zwingend auf die Wirkung des Trainings zurückzuführen sind, werden die alternativen Möglichkeiten zusammen mit den Limitationen der Studie in Kapitel 7.3 erläutert. Die Befunde, die auf keine signifikante Veränderung durch das Training hinweisen, sind ebenfalls differenziert zu betrachten. So spricht zwar die Einheitlichkeit der Richtung sämtlicher Effekte gegen eine zufällige oder Null-Wirkung des Trainings, aber faktisch erreichen die gemessenen positiven Effekte in einigen Dimensionen (wie in Kapitel 6.2.2.2.2 beschrieben) nicht die Grenze der statistischen Signifikanz. Einerseits kann dies interpretiert werden als Bereich, in dem das Training tatsächlich keine Wirkung erzielt und ergo diese Dimensionen nicht zum Effektbereich des Trainings gezählt werden können. Dagegen würde wiederum die Einheitlichkeit der Richtung der Effektstärke sprechen. Andererseits kann diskutiert werden, durch welche methodischen Aspekte der Studie die Nicht-Überschreitung der Signifikanzgrenze eventuell zu erklären ist.

So wäre zu benennen, dass in fünf Dimensionen bereits zum ersten Messzeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den experimentellen Gruppen bestanden (vgl. Tabelle 19 in Kapitel 6.2.2.2.2), sodass der Unterschied zum Follow-up-Messzeitpunkt nicht als Effekt betrachtet werden konnte, auch wenn dieser bei al-

len Dimensionen höher in Richtung der Hypothesen ausfiel. Da drei davon zu den Dimensionen der psychosomatischen und Belastungssymptome gehören (*Emotionale Erschöpfung (MBI)*, *Somatisierung* und *Ängstlichkeit (SCL-90-R)*), erklärt dies bereits einen Teil der Abwesenheit von signifikanten Effekten in diesem Bereich. Das Auftreten von signifikanten Unterschieden zum ersten Messzeitpunkt widerspricht den Grundannahmen, dass die Trainings- und Kontrollgruppe anfangs nicht bedeutsam unterschiedlich sind. In wenigen Bereichen kann dies durchaus ein zufällig signifikantes Ergebnis sein (worauf die geringe Anzahl hier tatsächlich hindeuten könnte). Die weitere Analyse der Hintergründe dieser Unterschiede war im Design der Studie jedoch nicht vorgesehen und kann jetzt nach den gesetzten Interventionen nicht mehr erfolgen.

In drei Dimensionen (*Erkennen von Emotionen bei anderen (EKF)*, *Akzeptanz eigener Emotionen (SEE)* und *Selbstunterstützung (SEK-27)*) traten zum ersten Messzeitpunkt in beiden experimentellen Gruppen Mittelwerte auf, die zwischen 71% und 73% des theoretischen Maximums der jeweiligen Skala lagen (Schiefe-Indikator v bei fünf von sechs Werten signifikant mit $p < .05$). Dadurch erscheint die Erfassung einer positiven Veränderung durch die bereits vorhandene Nähe zum Maximum der Skala unwahrscheinlich, was durch die messtheoretischen Prinzipien der Regression zur Mitte und der Extremwertescheu im Antwortverhalten verstärkt wird (Jankisz, Moosbrugger & Brandt, 2007; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012).

Bei den verbleibenden Dimensionen der Burnout-Messung (*Persönliche Leistungsfähigkeit* und *Depersonalisierung*) kann einerseits vermutet werden, dass sich eine Änderung erst in längerfristiger Untersuchung in den Messwerten niederschlägt, wofür das Messintervall der Studie mit 3.3 Monaten nicht ausreichend gewesen sein könnte. Andererseits sind für eine Reduktion bzw. Erhöhung hohe bzw. niedrige Werte vorausgesetzt. Die Gruppen zeichneten sich allerdings durch eher unproblematische Werte in diesen Dimensionen aus. Dies ist wohl nachvollziehbar, da sich die Burnout-Symptomatik in der langjährigen Auseinandersetzung mit den Herausforderungen, Frustrationen und Regulationshindernissen des Berufs entwickelt (Maslach & Jackson, 1981) und offensichtlich nicht bei Berufseinsteigern bzw. Auszubildenden nachweisbar ist. Hierfür wäre also eine Stichprobe angemessener, die bereits über mehrere Jahre Berufserfahrung verfügt und somit überhaupt in der Situation gewesen sein konnte, die negativen Konsequenzen emotionaler Fehlbelastungen (Altmann & Roth, im Druck) zu erfahren. Interessant wäre hier, die aktuelle Stichprobe weiter zu begleiten und die Entwicklung der Burnout-Problematik im Vergleich der Trainings- und Kontrollgruppe zu untersuchen.

Generell betrachtet können hypothesen-widrige Befunde auch über die folgenden Einflüsse erklärt werden. Defizite in den verwendeten Inventaren beispielsweise könnten bestehen, wenn das Messinstrument eine schwächere Änderungssensitivität aufweist, als theoretisch anzunehmen wäre (Beaton, Bombardier, Katz & Wright, 2001; Guyatt, Kirshner & Jaeschke, 1992). Ebenso besteht die Möglichkeit, dass der Zeitraum zwischen den Erhebungen zu kurz bemessen wurde, sodass langsam einsetzende Änderungen nur in der Tendenz, aber noch nicht in der Stärke abgebildet werden konnten. Für individuelle Entwicklungsprozesse, die grundsätzliche (und damit rigidere) Handlungseigenschaften wie Selbstaufmerksamkeit oder Bewertungstendenzen beinhalten, könnte daher vermutet werden, dass der Zeitraum zu kurz bemessen war, um signifikante Effekte der Veränderung zu messen (Mischel, 1969). Ebenso generell ist der Einfluss einer nur mittleren Reliabilität der Inventare einzuschätzen (vgl. Tabelle 13 in Kapitel 6.1.1), die den Anteil der Fehlervarianz an der Messung und damit die Gesamtvarianz erhöht, wodurch dieselben Gruppenunterschiede weniger wahrscheinlich signifikante Unterschiede erklären können (Bortz & Schuster, 2010).

Erwartete Null-Veränderungen hinsichtlich des Empathiemaßes, das den Trait-Aspekt der Empathie (vgl. Kapitel 2.1.1) abdecken sollte, konnten in den Dimensionen des *SPF* gezeigt werden. Dies deutet darauf hin, dass sich hier die beschriebene Unterscheidung zwischen Trait-Empathie und Expressivität des Merkmals (vgl. Kapitel 2.1.1.2) widerspiegelt. So wurde angenommen, dass sich durch die kurzfristige Intervention keine Veränderung im mindestens mittelfristig stabilen Persönlichkeitsmerkmal, wie es der Trait-Aspekt umfasst, ergeben kann. Die Null-Veränderungen im Trait-Maß sowie die Veränderungen in den auf die kurzfristig veränderbare Expressivität gerichteten Maßen sprechen für diese Unterscheidung.

7.3 Limitationen der Studie

Interventionsstudien sind praktische Vorgehen zur Untersuchung von Wirkprozessen, auch wenn ihnen durch die Vielschichtigkeit der Einwirkungen und Komplexität der Prozesse methodische Probleme wie die folgenden anhängen. So können beispielsweise die vielfältigen Situations- und Umweltfaktoren während und nach der

Intervention nur sehr begrenzt beeinflusst und die potenziellen Wirkfaktoren (z.B. Setting und Kontext, Situationsinterpretation der Teilnehmenden, verschiedene potenzielle Wirkaspekte der TrainerInnen; vgl. Bortz & Döring, 2002) aus ökonomischen Gründen nicht vollständig kontrolliert werden. Dadurch sind die messbaren Effekte zwar im Idealfall durch ein klares Studiendesign relativ eindeutig auf die Intervention zurückführbar, diese Attribution der gemessenen Veränderungen ist allerdings nicht zwingend, besonders angesichts der Vielschichtigkeit der Wirkprozesse und potenziellen Einflussfaktoren.

In der vorliegenden Trainingsevaluation wurde von der Prämisse ausgegangen, dass die langfristig negativen Wirkungen des empathisch kurzschlüssigen Verhaltens durch ein Training zur Anwendung der vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation verringert werden können (vgl. Kapitel 3.1). Anhand des längsschnittlichen Kontrollgruppendesigns (vgl. Kapitel 5.1) konnten messbare Trainingseffekte aufgezeigt werden (signifikante Interaktionseffekte und Richtung der Werte der Effektstärke ausnahmslos im Einklang mit den Hypothesen). Sie deuten darauf hin, dass – statistisch gesprochen – die Annahme nicht abgelehnt werden muss, bzw. von einem entsprechenden Trainingseffekt ausgegangen werden kann. Durch das Design der Studie lassen sich die Effekte prinzipiell auf die Wirkung der Intervention zurückführen, aber diese Attribution ist, wie oben beschrieben, letztlich nicht zwingend. Ebenso könnte theoretisch die Interaktion mit den TrainerInnen per se diese Effekte auslösen, auch wenn kein inhaltliches Training stattfindet. Dabei könnte vermutet werden, dass der intensive und über mehrere Tage andauernde Kontakt mit mindestens einem/einer ausgebildeten TrainerIn, der/die den Fokus der Interaktion stets auf den gewaltfreien Umgang legte, bereits messbaren Einfluss haben könnte. Hier könnte entsprechend eine weitere Kontrollgruppe so eingesetzt werden, dass auch diese Gruppe Kontakt zu den TrainerInnen hat, nur nicht das inhaltlich identische Training erhält. Da die Erwartungen an eine persönliche Veränderung in dieser Gruppe durch den Kontakt mit den TrainerInnen ebenso gegeben wäre wie in der Interventionsgruppe, wäre diese Kontrollgruppe ähnlich einer Placebo-Gruppe und damit die Effekte valider, da unabhängig vom Einfluss der Durchführenden (Rosenthal & Frank, 1956). Bei einer weiteren Gruppe hätte allerdings die zu erhebende Stichprobe stark vergrößert oder auf eine angemessene statistische Power verzichtet werden müssen, was den Nachweis der Wirksamkeit deutlich erschwert hätte (Eid et al., 2010).

Weiter könnte es das Bewusstsein der Durchführung der wissenschaftlichen Studie sein, das eine veränderte Antworttendenz zum Follow-up-Messzeitpunkt analog zur

Reaktivität (Krohne & Hock, 2007; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012) zur Folge hatte. Zwar wurde durch die zugesicherte Anonymität und Betonung der Wichtigkeit der ehrlichen Antwort bei den Erhebungen versucht, dieser Tendenz entgegen zu wirken, aber die zumeist nicht bewussten Antworttendenzen lassen sich dadurch sicherlich nur begrenzt beeinflussen. Die oben beschriebene Placebo-Gruppe wäre auch hier eine Möglichkeit, diesen Effekt des veränderten Antwortverhaltens durch eine Parallelisierung zu kontrollieren, da die Erwartungen der Placebo-Gruppe denen der Interventionsgruppe gleichen sollten (Boot, Simons, Stothart & Stutts, 2013). Die Schwierigkeiten der Umsetzung gelten entsprechend.

Es gab durch die zusammenhängende Durchführung des Trainings als kompakte Einheit keine Möglichkeit, die einzelnen Trainingselemente in ihrer jeweiligen Effektivität und ihrem Beitrag zum Gesamteffekt zu beurteilen. Eine differenzierte Aussage über die Notwendigkeit der einzelnen Elemente und damit einhergehenden Möglichkeit, das Training im Umfang zu reduzieren bzw. zu komprimieren, ist anhand der Ergebnisse somit nicht ableitbar. Dazu wäre theoretisch notwendig gewesen, die Einheiten des Trainings in verschiedenen Gruppen in unterschiedlicher Reihenfolge durchzuführen und jeweils einzeln und im Gesamteffekt zu evaluieren. Das würde allerdings zu wesentlich weniger zuverlässigen Messungen führen, da die vielfache Darbietung derselben Fragebögen die Antworttendenzen deutlich verändern würde. Akquieszenz, Reaktanz, Konsistenzeffekte oder die Vermehrung der fehlenden Antworten sind hier Beispiele für negative Einflüsse auf die Reliabilität und in der Folge auf die Validität (Miron & Brehm, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2007; Wicklund, Slattum & Solomon, 1970).

Die Stichprobe der Studie lässt sich ebenso kritisch betrachten. So besteht diese durch die Beschränkung auf Auszubildende in der Krankenpflege primär aus ledigen, weiblichen Probandinnen am Anfang des dritten Lebensjahrzehnts. Zusätzlich ist eine Einschränkung in der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse durch die lokale Beschränkung auf Nordrhein-Westfalen gegeben. Daher können die Ergebnisse nicht problemlos auf alle sozialen Berufe und theoretisch auch nur bedingt auf andere Bundesländer übertragen werden. Für die Verlässlichkeit der Aussagen hinsichtlich dieser spezifischen Stichprobe allerdings ist diese Beschränkung sinnvoll, da durch die enge Umgrenzung keine zusätzliche, klientel-fremde Varianz aufgenommen wurde (beispielsweise wenn unterschiedliche Berufsgruppen teilgenommen hätten). Um diese Verlässlichkeit weiter zu erhöhen wäre denkbar, die Stichprobe zu vergrößern, indem z.B. die Kontrollgruppe nun ebenso dem Training unterzogen und dabei überprüft wird, ob die Effekte auch hier nachweisbar sind. Der

Vergleich unterschiedlicher Berufsgruppen wäre sicherlich auch lohnenswert zu untersuchen, besonders hinsichtlich der Intensität des zwischenmenschlichen Kontaktes und des Umfangs der beruflichen Ausbildung. Die enge Stichprobe lässt außerdem keine differenzielle Untersuchung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu, die aber im Hinblick auf die Optimierung, besonders auch für andere Berufsgruppen mit einer anderen Geschlechterverteilung günstig gewesen wäre.

Da die Schulen bzw. Schulklassen zufällig der Trainings- oder Kontrollgruppe zugewiesen wurden, sichert dies die Gültigkeit der Ergebnisse gegen systematische Verzerrung. Die Auswahl der teilnehmenden Krankenpflegeschulen insgesamt dagegen konnte verständlicherweise nicht randomisiert erfolgen, da die Bereitschaft der Teilnahme von der Schulleitung gegeben werden musste. Die Auswahl der Schulen ist damit eine Selbstselektion und damit letztlich eine unklare, nicht kontrollierbare Auswahl. Da die Schulen, die nicht teilgenommen haben, entsprechend nicht untersucht werden konnten, kann diese Varianz keine Unterschiede in der Ergebnissen erklären, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Bereitschaft zur Teilnahme nicht gänzlich ohne Einfluss ist. So wäre denkbar, dass die Schulleitung, die sich dem Projekt gegenüber aufgeschlossen gezeigt hat, auch für eine offene Atmosphäre in ihren Kursen der Schule sorgt. Diese Offenheit kann wiederum für die InteressentInnen ein Kriterium sein, eine für sich passende Schule auszusuchen, was schließlich eine Selektion anhand wesentlicher Personenmerkmale und somit einen systematischen Unterschied zwischen den Auszubildenden in den teilnehmenden und denen in den nicht teilnehmenden Schulen bedingen könnte. Auch wenn dies nicht ausgeschlossen werden kann, so lässt sich doch vermuten, dass dieser angenommene Selektionseffekt doch eher marginal ist, besonders im Vergleich zu anderen Aspekten der Selektion, wie etwa Nähe zur aktuellen Wohnung. Die Unterscheidung anhand der Ausbildungsstätten könnte allerdings einen interessanten Aspekt ausmachen. So wäre soziologisch interessant zu untersuchen, ob, wie und warum sich Auszubildende unterscheiden, je nachdem ob ihre Schulen in Kleinstädten oder Großstädten liegen oder ob sie an eine Uni-Klinik angegliedert sind.

7.4 Fazit und Ausblick

In Anbetracht der in dieser Arbeit dargestellten Theorie, Modelle und Wirkprozesse sowie der diskutierten Befunde kann das folgende Fazit gezogen werden. Empathie ist ein vielschichtiger Prozess und kann integrativ über das Empathie-Prozessmodell konzeptualisiert werden. Daraus ergeben sich Erklärungen für beispielsweise empathisch kurzschlüssiges Verhalten, das auf einem zu wenig reflektierten Umgang mit dem eigenen empathischen Verhalten basiert. Zur Reflexion können die vier Schritte der Gewaltfreien Kommunikation genutzt werden, die im Empathie-Prozessmodell das mentale Modell konkretisieren und damit eine bewusste Differenzierung zwischen den eigenen emotionalen Prozessen und denen der anderen Person einführen. Über diese Selbst-Andere-Differenzierung kann eine professionelle Distanz entstehen, die gleichzeitig eine authentische und mitfühlende Interaktion ermöglicht und damit den empathischen Kurzschluss als Verhaltensalternative weniger wahrscheinlich macht. Die psychosomatischen und Belastungssymptome sowie das Burnout-Risiko werden langfristig gesenkt und die subjektive Qualität der Interaktionen für die Beteiligten erhöht.

In weiteren Studien wäre sinnvoll zu untersuchen, welche Teilprozesse des Trainings genau die evozierten Veränderungen bewirken und wie diese wechselwirken. Beispielshaft könnte der wesentliche Aspekt der Stärkung der Selbst-Andere-Differenzierung fokussiert werden, um die Prozesse, die den Verlauf der Veränderung und den wechselseitigen Einfluss mit der Handlungsfähigkeit zu modellieren. Beispielsweise könnte so überprüft werden, ob eine Interaktion direkt oder vermittelt über andere Prozesse wie eine vermutlich gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung nachweisbar ist. In der differenzierten Analyse der Teilaspekte des Trainings könnte auch ein näheres Verständnis der Wirkung der einzelnen Übungen und Einheiten generiert werden, was wiederum den effektiveren Einsatz der Trainings ermöglichen würde. Für diese differenzielle Betrachtung liegen aus dem Projekt zwar weitere Daten der Bewertung der einzelnen Trainingstage vor, sie erfassen allerdings nur grob die Bewertung des gesamten Trainingstages und nicht differenziert die einzelnen Übungen und didaktischen Einheiten. Auf eine differenzierte Bewertung der einzelnen Einheiten ist verzichtet worden, um bei den Teilnehmenden keine Abwehr gegen die weiteren Befragungen zum Post- und Follow-up-Messzeitpunkt zu provozieren. Für die Untersuchung der Wirkung der einzelnen Trainingstage sind weitere Analysen notwendig und möglich, die evtl. die weitere Optimierung des Trainingskonzeptes ermöglichen könnten. Eine Neuverteilung von

Übungen zur intensiveren Abwechslung zwischen Theorie und Praxis könnte hier eine mögliche Konsequenz sein.

Methodisch stellen sich die Fragen der weiteren Optimierung der Kontrollgruppe, evtl. im Sinne einer Placebo-Gruppe, sowie der breiteren Anwendung in anderen Bereichen der sozialen Berufe, wie beispielsweise der Ärzteschaft, der sozialen Arbeit, der Lehrerschaft oder den beratenden und psychotherapeutischen Berufen. Hierfür müsste die Tagesstruktur des Trainings an die Gegebenheiten und spezifischen Anforderungen der Berufsgruppen angepasst werden, was nach derzeitiger Planung den Schwerpunkt der kommenden Forschungsarbeit ausmachen wird. Die gleichzeitige Erhebung weiterer Informationen auf anderen hierarchischen Ebenen, wie z.B. Merkmale der TrainerInnen oder Einstellungen der Schulleitung bzw. Institutionsleitung, bietet ebenso einen wünschenswerten Fokus weiterer Untersuchungen, um die Komplexität der Einflussvariablen möglichst genau zu verstehen. In Anbetracht der Ergebnisse der vorliegenden Studie erscheint es lohnenswert, diesen weiteren Fragestellungen nachzugehen.

Literatur

- Albee, G. W. (1969). Emerging concepts of mental illness and models of treatment: The psychological point of view. *American Journal of Psychiatry*, 125, 870–876.
- Allport, G. W. (1968). The historical background of modern social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Hrsg.), *Handbook of Social Psychology* (S. 3–56). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Altmann, T. (2010). *Evaluation der Gewaltfreien Kommunikation in Quer- und Längsschnittdaten*. Diplomarbeit, Universität Leipzig. Leipzig, Deutschland.
- Altmann, T. (2013a). Empathie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (S. 447). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Altmann, T. (2013b). Gewaltfreie Kommunikation. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (S. 850). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Altmann, T. (2013c). Training. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (S. 1566). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Altmann, T. & Bastine, R. (2013). Mediation. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (S. 1003). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Altmann, T. & Roth, M. (2013). The Evolution of Empathy: From Single Components to Process Models. In C. Mohiyeddini, M. Eysenck & S. Bauer (Hrsg.), *Psychology of Emotions* (S. 171–188). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Altmann, T. & Roth, M. (im Druck). *Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren: Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung*. Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.
- Altmann, T., Sierau, S. & Roth, M. (2013). I guess you're just not my type. *Journal of Individual Differences*, 34, 105–117.
- Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 249–257.
- Anderson, J. R. (2001). *Kognitive Psychologie*. Heidelberg, Deutschland: Spektrum Akademischer Verlag.
- Anderson, M. J. (1980). *The Development and Evaluation of an Interpersonal Skills Training Program Implemented for Nurse Educators*, Simon Fraser University. Vancouver, Kanada.
- Angera, J. J. & Long, E. C. J. (2006). Qualitative and Quantitative Evaluations of an Empathy Training Program for Couples in Marriage and Romantic Relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5, 1–26.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, Deutschland: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Asendorpf, J. B. (2003). Head-to-head comparison of the predictive validity of personality types and dimensions. *European Journal of Personality*, 17, 327–346.
- Asendorpf, J. B. (2005). *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg, Deutschland: Springer.

- Asendorpf, J. B. & Neyer, F. (2012). *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Ashforth, B. E. & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18, 88–115.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97–106.
- Åström, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P. & Winbald, B. (1991). Staff burnout in dementia care: Relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 65–75.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191–206.
- Bähner, C., Oboth, M. & Schmidt, J. (2008). *Konfliktklärung in Teams und Gruppen*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Baltes-Götz, B. (2008). *Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos*, Universitäts-Rechenzentrum Trier. Zugriff am 12.07.2010. Verfügbar unter <http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf>
- Bandura, A. (1965). Influence of models reinforcement contingencies on the acquisition of imitative response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589–595.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggressions through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575–582.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary*. Washington, DC: NASW Press.
- Baron, R. A. (1971). Reducing the influence of an aggressive model: The restraining effects of discrepant modeling cues. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 240–245.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a „theory of mind“? *Cognition*, 21, 37–46.
- Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 34, 163–175.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1, 28–58.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91–100.
- Batson, C. D. (1997). Self-other merging and the empathy-altruism hypothesis: Reply to Neuberg et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 517–522.
- Batson, C. D., Early, S. & Salvarani, G. (1997). Perspective taking: Imagining how another feels versus imaging how you would feel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 751–758.
- Batson, C. D., Fultz, J. & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19–39.

- Batson, C. D. & Shaw, L. L. (1991). Encouraging words concerning the evidence for altruism. *Psychological Inquiry*, 2, 159–168.
- Bazemore, G. & Stinchcomb, J. (2004). A civic engagement model of reentry: Involving community through service and restorative justice. *Federal Probation*, 68, 1–14.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Katz, J. N. & Wright, J. G. (2001). A taxonomy for responsiveness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 1204–1217.
- Becker, B. J. (1988). Synthesizing standardized mean-change measures. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 41, 257–278.
- Becker, H. & Sands, D. (1988). The relationship of empathy to clinical experience among male and female nursing students. *Journal of Nursing Education*, 27, 198–203.
- Behr, M. & Becker, M. (2004). *Skalen zum Erleben von Emotionen: SEE*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Bell, G. B. & Hall, H. E. (1954). The relationship between leadership and empathy. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 156–157.
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 141–153.
- Bernhardt, B. C. & Singer, T. (2012). The Neural Basis of Empathy. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 1–23.
- Birkenbihl, V. F. (2010). *Kommunikationstraining*. München, Deutschland: mvg Verlag.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). *Empathie in der Pflege*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Bischof-Köhler, D. (2009). Empathie – Mitgefühl – Grausamkeit. *Psychotherapie*, 14, 52–57.
- Bitschnau, K. I. (2008). *Die Sprache der Giraffen*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Blake, S. M. (2002). *A Step Towards Violence Prevention: Non-Violent Communication as Part of a College Curriculum*. Master of Arts Arbeit, Atlantic University Florida. Boca Raton, FL.
- Blashfield, R. K. & Aldenderfer, M. S. (1988). The Methods and Problems of Cluster Analysis. In J. R. Nesselroade & R. B. Cattell (Hrsg.), *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* (S. 447–473). New York, NY: Plenum Press.
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C. & Stutts, C. (2013). The pervasive problem with placebos in psychology: Why active control groups are not sufficient to rule out placebo effects. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 445–454.
- Boring, E. G. (1923). Intelligence as the tests test it. *New Republic*, June, 35–37.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg, Deutschland: Springer.
- Bosse, H. M., Schultz, J.-H., Nickel, M., Lutz, T., Moltner, A., Junger, J. et al. (2012). The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate

- communication training: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 87, 300–306.
- Bradley, M. M., Codispoti, M., Cuthbert, B. N. & Lang, P. J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1, 276–298.
- Bragard, I., Etienne, A.-M., Merckaert, I., Libert, Y. & Razavi, D. (2010). Efficacy of a training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: A randomized controlled study. *Journal of Health Psychology*, 15, 1075–1081.
- Brunero, S., Lamont, S. & Coates, M. (2010). Review of Empathy Education in Nursing. *Nursing Inquiry*, 17, 65–74.
- Bryson, K. (2009). *Sei nicht nett, sei echt!* Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Burks, D. J. & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: The promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46, 317–325.
- Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992). Die Messung von Burnout: Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328–353.
- Butters, R. P. (2010). *A Meta-analysis of Empathy Training Programs for Client Populations*. Doctoral dissertation, University of Utah. Utah. Verfügbar unter <http://content.lib.utah.edu/u?/us-etd2,152303>
- Cacioppo, J. T. & Gardner, W. L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191–214.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204–223.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Carré, A., Stefaniak, N., D'Ambrosio, F., Bensalah, L. & Besche-Richard, C. (2013). The Basic Empathy Scale in Adults (BES-A). Factor structure of a revised form. *Psychological Assessment*, 25, 679–691.
- Carruthers, P. & Smith, P. K. (Hrsg.). (1996). *Theories of theories of mind*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Chu, K. H. (2002). *The Effects of Emotional Labor on Employee Work Outcomes*. Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University. Blacksburg, VA.
- Cinar, N. & Cevahir, R. (2007). Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. *Revista Electronica de Enfermagem*, 9, 588–595.
- CNVC. (2010). *Our Founder's Bio*. Zugriff am 05.08.2013. Verfügbar unter <http://www.cnvc.org/about/marshall-rosenberg.html>
- CNVC. (2013a). *Feelings List*. Zugriff am 14.04.2013. Verfügbar unter <http://www.cnvc.org/de/Training/feelings-inventory>
- CNVC. (2013b). *Needs List*. Zugriff am 14.04.2013. Verfügbar unter <http://www.cnvc.org/de/Training/needs-inventory>

- CNVC. (2013c). *NVC Research*. Verfügbar unter <http://www.cnvc.org/about-us/projects/nvc-research>
- Cohen, D. & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, 32, 988–998.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Colibazzi, T., Posner, J., Wang, Z., Gorman, D., Gerber, A., Yu, S. et al. (2010). Neural systems subserving valence and arousal during the experience of induced emotions. *Emotion*, 10, 377–389.
- Corcoran, K. J. (1982). An exploratory investigation into self-other differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 63–68.
- Corcoran, K. J. (1989). Interpersonal Stress and Burnout: Unraveling the Role of Empathy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 141.
- Cowan, N. (1998). *Attention and Memory*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Cox, E. & Dannahy, P. (2005). The value of openness in e-relationships: Using Nonviolent Communication to guide online coaching and mentoring. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 3, 39–51.
- Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (Hrsg.). (2000). *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O. & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016–2025.
- Cutcliffe, J. & Cassedy, P. (1999). The development of empathy in students on short, skills based counselling course: A pilot study. *Nurse Education Today*, 19, 250–257.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85–103.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126.
- Day, A., Casey, S. & Gerace, A. (2010). Interventions to improve empathy awareness in sexual and violent offenders: Conceptual, empirical, and clinical issues. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 201–208.
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100.
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2006). A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 54–58.
- Decety, J. & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1, 1–21.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

- Delpier, T. (2006). Cases 101: Learning to teach with cases. *Nursing Education Perspectives*, 27, 204–209.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore, Maryland: Eigendruck.
- Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (1992). Understanding motor events: A neurophysiological study. *Experimental Brain Research*, 91, 176–180.
- Dolan, R. J. (2002). Emotion, cognition, and behavior. *Science*, 298, 1191–1194.
- Dürschmidt, P., Brenner, S., Koblit, J., Mencke, M., Rolofs, A., Rump, K. et al. (2011). *Methodensammlung für Trainerinnen und Trainer*. Bonn, Deutschland: managerSeminare Verlag.
- Dworschak, M. (2013). Die Macht des Mitgefühls. *Der Spiegel*, 29, 118–126.
- Edwards, N., Peterson, W. E. & Davies, B. L. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a 'Therapeutic Relationships' best practice guideline on nurses' communication skills. *Patient Education and Counseling*, 63, 3–11.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665–697.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 100–131.
- Eisenberg, N. & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334–339.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and Its Development*. Cambridge, England: Press Syndicate.
- Ekman, P. (1982). *Emotion in the Human Face*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Ekman, P., Levenson, R. W. & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208–1210.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stewart.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg, Deutschland: Asanger.
- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E. & Howell, D. C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539–547.
- Fatma, O. (2001). Impact of training on empathic communication skills and tendency of nurses. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 5, 44–51.
- Fehr, B. & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 464–486.
- Feshbach, N. D. (1975). Empathy in Children: Some Theoretical and Empirical Considerations. *The Counseling Psychologist*, 5 (2), 25–30.
- Festinger, L. (1962). Cognitive Dissonance. *Scientific American*, 207, 93–106.

- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Fisher, R., Ury, W. & Patton, B. (2009). *Das Harvard-Konzept*. Frankfurt am Main, Deutschland: Campus.
- Foerster, H. v. (1985). *Sicht und Einsicht: Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie*. Braunschweig, Deutschland: Vieweg.
- Foerster, H. v. & Glasersfeld, E. v. (1999). *Wie wir uns erfinden: Eine Autobiographie des radikalen Konstruktivismus*. Heidelberg, Deutschland: Carl-Auer-Systeme.
- Fortier, M. S., Sweet, S. N., Tulloch, H., Blanchard, C. M., Sigal, R. J., Kenny, G. P. et al. (2012). Self-determination and exercise stages of change: Results from the diabetes aerobic and resistance exercise trial. *Journal of Health Psychology*, 17, 87–99.
- Foubert, J. & Newberry, J. T. (2006). Effects of Two Versions of an Empathy-Based Rape Prevention Program on Fraternity Men's Survivor Empathy, Attitudes, and Behavioral Intent to Commit Rape or Sexual Assault. *Journal of College Student Development*, 47, 133–148.
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R*. Göttingen, Deutschland: Beltz Test.
- Friedman, H. S. & Schustack, M. W. (2004). *Persönlichkeitspsychologie und Differentielle Psychologie*. München, Deutschland: Pearson Studium.
- Fritsch, G. R. (2008). *Praktische Selbst-Empathie*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Fulcher, E. (2003). *Cognitive psychology*. Exeter, England: Crucial.
- Gallese, V., Craighero, L., Fadiga, L. & Fogassi, L. (1999). *Perception Through Action*. Zugriff am 18.03.2013. Verfügbar unter <http://www.theassc.org/files/assc/2440.pdf>
- Gandhi, M. K. (1951). *Satyagraha*. Ahmedabad, Indien: Navajevan Publishing House.
- Garaigordobil, M. (2009). A comparative analysis of empathy in childhood and adolescence: Gender differences and associated socio-emotional variables. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 9, 217–235.
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Gerdes, K. E. & Segal, E. A. (2011). Importance of Empathy for Social Work Practice: Integrating New Science. *Social Work*, 56, 141–148.
- Gerdes, K. E., Segal, E. A. & Lietz, C. A. (2010). Conceptualising and Measuring Empathy. *British Journal of Social Work*, 40, 2326–2343.
- Glasersfeld, E. v. & Köck, W. K. (1996). *Radikaler Konstruktivismus: Ideen, Ergebnisse, Probleme*. Frankfurt am Main, Deutschland: Suhrkamp.
- Glasl, F. (2010). *Selbsthilfe im Konflikt*. Stuttgart, Deutschland: Freies Geistesleben.
- Goldman, A. I. & Sripada, C. S. (2005). Simulationist models of face-based emotion recognition. *Cognition*, 94, 193–213.
- Gollwitzer, M. & Jäger, R. S. (2007). *Evaluation: Workbook*. Weinheim, Deutschland: Beltz PVU.

- Gordon, R. M. (1996). 'Radical' simulationism. In P. Carruthers & P. K. Smith (Hrsg.), *Theories of theories of mind* (S. 11–38). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Grawe, K. (2002). *Psychological Therapy*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe & Huber.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970–986.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.
- Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Gunkel, S. (2011). Training sozialer Wahrnehmungsfähigkeit durch psychodramatisches Rollenspiel. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 10, 121–148.
- Guyatt, G. H., Kirshner, B. & Jaeschke, R. (1992). Measuring health status: What are the necessary measurement properties? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1341–1345.
- Guzzetta, R. A. (1976). Acquisition and transfer of empathy structured learning training. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 449–453.
- Hager, W., Patry, J. L. & Brezing, H. (Hrsg.). (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen: Standards und Kriterien*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Hahn, B. (2007). *Ich will anders, als du willst, Mama*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kling, G. H. & Stanley, S. M. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 385–406.
- Hanson, R. K. (2003). Empathy deficits of sexual offenders: A conceptual model. *Journal of Sexual Aggression*, 9, 13–23.
- Harlak, H., Gemalmaz, A., Gurel, F. S., Dereboy, C. & Ertekin, K. (2008). Communication Skills Training: Effects on Attitudes toward Communication Skills and Empathic Tendency. *Education for Health*, 21, 1–6.
- Hart, S. & Kindle Hodson, V. (2006). *Empathie im Klassenzimmer*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Haskvitz, S. (2006). *Ins Gleichgewicht kommen*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Hatcher, S. L., Nadeau, M. S. W. L. K., Reynolds, M., Galea, J. & Marz, K. (1994). Teaching of Empathy for High School and College Students: Testing Rogerian Methods with the Interpersonal Reactivity Index. *Adolescence*, 29, 961–974.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. & Rapson, R. L. (1994). *Emotional Contagion*. New York, NY: Cambridge University Press.

- Hatfield, E. & Rapson, R. L. (2000). Emotional contagion. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Hrsg.), *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (S. 493–495). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Haynes, L. A. & Avery, A. W. (1979). Training adolescents in self-disclosure and empathy skills. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 526–530.
- Hen, M. & Goroshit, M. (2011). Emotional Competencies in the Education of Mental Health Professionals. *Social Work Education*, 30, 811–829.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: An under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8, 130–138.
- Herbek, T. A. & Yammarino, F. J. (1990). Empathy Training for Hospital Staff Nurses. *Group & Organization Management*, 15, 279–295.
- Herzberg, P. Y. & Roth, M. (im Druck). *Persönlichkeitspsychologie*. Wiesbaden, Deutschland: VS Springer.
- Hippel, P. T. v. (2004). Biases in SPSS 12.0 missing value analysis. *The American Statistician*, 58, 160–164.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and Moral Development: Implications for caring and justice*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307–316.
- Hogan, R. (1975). Empathy: A conceptual and psychometric analysis. *The Counseling Psychologist*, 5, 14–18.
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Developments, Measurements, and Outcomes*. New York, NY: Springer Science+Business Media.
- Holler, I. (2010). *Trainingsbuch Gewaltfreie Kommunikation*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Holler, I. & Heim, V. (2009). *KonfliktKiste*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel Analysis*. New York, NY: Routledge.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of Behavior: An Introduction to Behavior Therapy*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Iacoboni, M. & Mazziotta, J. C. (2007). Mirror neuron system: basic findings and clinical applications. *Annals of Neurology*, 62 (3), 213–218.
- Ickes, W. (1993). Empathic Accuracy. *Journal of Personality*, 61, 587–610.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 260–280.
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1–25.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 19, 188–205.

- Jankisz, E., Moosbrugger, H. & Brandt, H. (2007). Planung und Entwicklung von psychologischen Tests und Fragebogen. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 27–72). Berlin, Deutschland: Springer.
- Janoka, C. & Scheckenbach, A. (1978). Empathy training with inmates and staff utilizing the Carkhuff model. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology, Methods and Therapy*, 24, 6–12.
- Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441–476.
- Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589–611.
- Jones, M. R. (Hrsg.). (1955). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Kahn, W. A. (1993). Caring for the caregivers: Patterns of organizational caregiving. *Administrative Science Quarterly*, 38, 539–563.
- Kahonen, K., Naatanen, P., Tolvanen, A. & Salmela-Aro, K. (2012). Development of sense of coherence during two group interventions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 523–527.
- Kalisch, B. J. (1971). An Experiment in the Development of Empathy in Nursing Students. *Nursing Research*, 20, 202–210.
- Kane, G. A., Wood, V. A. & Barlow, J. (2007). Parenting programmes: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33, 784–793.
- Kanning, U. P. (2009). *Inventar sozialer Kompetenzen: ISK*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Kashtan, I. (2005). *Von Herzen Eltern sein*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Kellett, J. B., Humphrey, R. H. & Sleeth, R. G. (2002). Empathy and complex task performance: Two routes to leadership. *The Leadership Quarterly*, 13, 523–544.
- Keysers, C. (2013a). *Unser empathisches Gehirn: Warum wir verstehen, was andere fühlen*. München, Deutschland: Bertelsmann.
- Keysers, C. (2013b). Inside the mind of a psychopath – empathic, but not always: Brain imaging shows psychopaths can empathize but do not empathize spontaneously. *Psychology Today*, July. Zugriff am 06.10.2013. Verfügbar unter <http://www.psychologytoday.com/blog/the-empathic-brain/201307/inside-the-mind-psychopath-empathic-not-always>
- Kimber, B., Sandell, R. & Bremberg, S. (2007). Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: An effectiveness study of 5 years of intervention. *Health Education Research*, 23, 931–940.
- Kipper, D. A. & Ben-Ely, Z. (1979). The effectiveness of the psychodramatic double method, the reflection method, and lecturing in the training of empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 370–375.

- Kirkpatrick, D. L. (1987). Evaluating in-house training programs. In D. L. Kirkpatrick (Hrsg.), *More Evaluating Training Programs: A collection of articles from Training and Development Journal* (S. 17–19). Alexandria, VA: American Society for Training and Development.
- Kirkpatrick, D. L. (Hrsg.). (1987). *More Evaluating Training Programs: A collection of articles from Training and Development Journal*. Alexandria, VA: American Society for Training and Development.
- Klappenbach, D. (2006). *Mediative Kommunikation*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Klein, S. & Gibson, N. (2004). *Was macht dich wütend?* Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345–379.
- Kohut, H. (1959). Introspection, Empathy, and Psychoanalysis An Examination of the Relationship between Mode of Observation and Theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459–483.
- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kök, H. (2007). *Preventing Violence by Meeting Human Needs: Applying Nonviolent Communication in Political Conflicts*. Paper presented at the SGIR Conference. Turin, Italien.
- Konrath, S. H., O'Brien, E. H. & Hsing, C. (2011). Changes in Dispositional Empathy in American College Students Over Time: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 180–198.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010). *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms* (Schriftenreihe Health Technology Assessment Nr. 105). Köln: DIMDI.
- Korzybski, A. (1933). *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*. Englewood, CO: Institute of General Semantics.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. et al. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 302, 1284–1293.
- Krautschield, L., Kaakinen, J. & Rains-Warner, J. (2008). Clinical faculty development: Using stimulation to demonstrate and practise clinical teaching. *Educational Innovations*, 47, 431–434.
- Krohne, H. W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart, Deutschland: Kohlhammer.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Kunyk, D. & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 317–325.
- Kuo, J.-C., Cheng, J.-F., Chen, Y.-L., Livneh, H. & Tsai, T.-Y. (2012). An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 9, 169–176.

- Kutz, I., Borysenko, J. Z. & Benson, H. (1985). Meditation and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1–8.
- Lamm, C., Batson, C. D. & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: Effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 42–58.
- LaMonica, E., Wolf, R., Madea, A. & Oberst, M. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1, 197–213.
- Larson, G. (2008). *Cartoon: Midvale School for the Gifted*. Zugriff am 18.02.2013. Verfügbar unter http://1to10reviews.files.wordpress.com/2008/02/gary_larson_gifted_comp.jpg
- Larsson, L. (2009). *Begegnung fördern*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition & Emotion*, 3, 267–289.
- Lee, H. (2010). *The Relationship between Emotional Intelligence and Emotional Labor and Its Effect on Job Burnout in Korean Organizations*. Dissertation, University of Minnesota. Minneapolis, MN.
- Leeper, R. R. (Hrsg.). (1967). *Humanizing Education*. Washington, D.C.: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Lench, H. C., Flores, S. A. & Bench, S. W. (2011). Discrete emotions predict changes in cognition, judgment, experience, behavior, and physiology elicitation: A meta-analysis of experimental emotion. *Psychological Bulletin*, 137, 834–855.
- Leu, L. (2003). *Nonviolent Communication Companion Workbook*. Encinitas, CA: PuddleDancer Press.
- Levenson, H. (1974). Differentiating Among Internality, Powerful Others, and Chance. In H. M. Lefcourt (Hrsg.), *Research with the Locus of Control Construct* (S. 15–63). New York, NY: Academic Press.
- Levenson, R. W. & Ruef, A. M. (1992). Empathy: A physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 234–246.
- Leyland, A. H. (2004). *A review of multilevel modelling in SPSS*. Zugriff am 28.06.2013. Verfügbar unter <http://www.bristol.ac.uk/cmm/learning/mmssoftware/reviewsspss.pdf>
- Li, W. H., Mak, Y. W., Chan, S. S., Chu, A. K., Lee, E. Y. & Lam, T. (2013). Effectiveness of a play-integrated primary one preparatory programme to enhance a smooth transition for children. *Journal of Health Psychology*, 18, 10–25.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim, Deutschland: Beltz PVU.
- Lindzey, G. & Aronson, E. (Hrsg.). (1968). *Handbook of Social Psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Lipps, T. (1897). *Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen [Spatial Aesthetics and Geometric-Optical Illusions]*. Leipzig, Deutschland: Barth.

- Little, M. (2002). *Total Honesty/Total Heart: Fostering empathy development and conflict resolution skills*. Master of Arts Arbeit, University of Victoria. Victoria, Kanada.
- Little, M. (2005). *Dr. Marshall Rosenberg's Central Theoretical Influences: Unveröffentlichtes Interview-Manuskript*.
- Little, M., Gill, R. & Devic, K. (2007). *The Compassionate Classroom*. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health Authority.
- Long, E. C. J. (1990). Measuring Dyadic Perspective-Taking: Two Scales for Assessing Perspective-Taking in Marriage and Similar Dyads. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 91–103.
- Long, E. C. J., Angera, J. J., Carter, S. J., Nakamoto, M. & Kalso, M. (1999). Understanding the One You Love: A Longitudinal Assessment of an Empathy Training. *Family Relations*, 48, 235–242.
- Long, E. C. J., Angera, J. J. & Hakoyama, M. (2008). Transferable Principles from a Formative Evaluation of a Couples' Empathy Program. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7, 88–112.
- Lox, C. L., McAuley, E. & Tucker, R. S. (1996). Physical training effects on acute exercise-induced feeling states in HIV- 1-positive individuals. *Journal of Health Psychology*, 1, 235–240.
- Lum, G. (2005). *The Negotiation Fieldbook*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lynch, M. F. (2012). Using multilevel modeling in counseling research. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45, 211–224.
- MacNair, R. M. (Hrsg.). (2006). *Working for peace: A handbook of practical psychology and other tools*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- MacQueen, J. (1967). Some Methods to Classification and Analysis of Multivariate Observations. In L. M. Necam & J. Neyman (Hrsg.), *Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium of Mathematical Statistics and Probability 1965/66* (Vol. I, S. 281–297). Berkeley, CA: University of California Press.
- Malerbi, F. E. K. & Matos, M. A. (2001). Blood glucose discrimination training: The role of internal and external cues. *Journal of Health Psychology*, 6, 229–240.
- Manera, V., Grandi, E. & Colle, L. (2013). Susceptibility to emotional contagion for negative emotions improves detection of smile authenticity. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.
- Manger, T., Eikeland, O. & Asbjørnsen, A. (2001). Effects of social-cognitive training on students' empathy. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 82–88.
- Manning, R. & Connor, J. M. (2006). Nonviolent communication. In R. M. MacNair (Hrsg.), *Working for peace: A handbook of practical psychology and other tools* (S. 148–155). Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Marlow, E., Nyamathi, A., Grajeda, W. T., Bailey, N., Weber, A. & Younger, J. (2012). Nonviolent Communication Training and Empathy in Male Parolees. *Journal of Correctional Health Care*, 18, 8–19.
- Marsh, A. A. (2013). What can we learn about emotion by studying psychopathy? *Frontiers in Human Neuroscience*, 7.

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York, NY: Harper & Row.
- Maslow, A. H. (1955). Deficiency Motivation and Growth Motivation. In M. R. Jones (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Bd. 3, S. 1–30). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1990). *Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. München, Deutschland: Goldmann.
- Max-Neef, M. A. (1991). *Human Scale Development: Conception, Application and Further Reflections*. New York, NY: Apex Press.
- Mayer-Rönne, G. (2006). Vom Zauber der guten Lösung. In team businessmediation (Hrsg.), *Konfliktmanagement* (S. 99–128). Wien, Österreich: Linde.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363, 2577–2597.
- Meeks, B. S., Hendrick, S. S. & Hendrick, C. (1998). Communication, Love and Relationship Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 755–773.
- Mehrabian, A. & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525–543.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C. & Stage, C. (1995). Empathy and Burnout in Human Service Work: An Extension of a Communication Model. *Communication Research*, 22, 123–147.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E. G., Brown, G. S. & Kircher, J. C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 116–124.
- Miron, A. M. & Brehm, J. W. (2006). Reactance theory - 40 years later. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37, 9–18.
- Mischel, W. (1969). Continuity and change in personality. *American Psychologist*, 24, 1012–1018.
- Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J. L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen: Standards und Kriterien* (S. 102–128). Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Mohiyeddini, C., Eysenck, M. & Bauer, S. (Hrsg.). (2013). *Psychology of Emotions*. New York, NY: Nova Science Publishers.
- Mohr, G., Rigotti, T. & Müller, A. (2007). *Irritations-Skala zur Erfassung arbeitsbezogener Beanspruchungsfolgen: IS*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin, Deutschland: Springer.

Literatur

- Morris, J. & Feldman, D. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21, 986–1010.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York, NY: Wiley.
- Mulloy, R., Smiley, W. C. & Mawson, D. L. (1999). The impact of empathy training on offender treatment. *Focus on Corrections Research*, 11, 15–18.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York, NY: Oxford University Press.
- Müsseler, J. & Prinz, W. (Hrsg.). (2002). *Allgemeine Psychologie*. München, Deutschland: Spektrum.
- Muth, C. (Hrsg.). (2010). *"dann kann man das ja auch mal so lösen!": Auswertungsinterviews mit Kindern und Jugendlichen nach Trainings zur Gewaltfreien Kommunikation*. Stuttgart, Deutschland: ibidem.
- Naranjo, C. & Ornstein, R. E. (1971). *On the Psychology of Meditation*. New York, NY: Viking Press.
- Nardi, D. (1990). A course in empathy. *Advancing Clinical Care*, 18, 18–20.
- Nash, A. L. (2007). *Case Study of Tekoa Institute: Illustration of Nonviolent Communication Training's Effect on Conflict Resolution*. Master of Arts Arbeit, Virginia Polytechnic Institute and State University. Blacksburg, VA.
- Necam, L. M. & Neyman, J. (Hrsg.). (1967). *Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium of Mathematical Statistics and Probability 1965/66*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Nesselroade, J. R. & Cattell, R. B. (Hrsg.). (1988). *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. New York, NY: Plenum Press.
- Neumann, E. & Heß, S. (2010). *Mit Rollen spielen II*. Bonn, Deutschland: managerSeminare Verlag.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O. & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74, 339–346.
- Nicholson, J. M., Berthelsen, D., Abad, V., Williams, K. & Bradley, J. (2008). Impact of music therapy to promote positive parenting and child development. *Journal of Health Psychology*, 13, 226–238.
- Nosek, M. (2012). Nonviolent communication: A dialogical retrieval of the ethic of authenticity. *Nursing Ethics*, 19, 829–837.
- Oboth, M. & Seils, G. (2008). *Mediation in Gruppen und Teams*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242–249.
- Oflaz, F., Meric, M., Yuksel, C. & Ozcan, C. T. (2011). Psychodrama: An innovative way of improving self-awareness of nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 569–575.

Literatur

- Ozcan, C. T., Oflaz, F. & Bakir, B. (2012). The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. *International Nursing Review*, 59, 532–538.
- Paciello, M., Fida, R., Cerniglia, L., Tramontano, C. & Cole, E. (2013). High cost helping scenario: The role of empathy, prosocial reasoning and moral disengagement on helping behavior. *Personality and Individual Differences*, 55, 3–7.
- Palenga, A. (in Vorbereitung). *Zusammenhang des dysfunktionalen Empathieverständnisses mit Burnout-Symptomen (Arbeitstitel)*. Bachelorarbeit, Universität Wuppertal. Wuppertal, Deutschland.
- Pásztor, S. & Gens, K.-D. (2007). *Mach doch, was du willst*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Paulus, C. (2012a). *Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zu Empathie (SPF): Fragebogen*. Zugriff am 20.03.2013. Verfügbar unter <http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/SPF.html>
- Paulus, C. (2012b). *Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen zu Empathie (SPF): Artikel*. Zugriff am 20.03.2013. Verfügbar unter http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2009/2363/pdf/SPF_Artikel.pdf
- Paulus, C. (2012c). *Testtheoretische Kennwerte des SPF(IRI)*. Zugriff am 16.04.2013. Verfügbar unter <http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/empathy/TTSPF%28IRI%29.htm>
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76, 307–322.
- Pervin, L. A. (2001). A dynamic systems approach to personality. *European Psychologist*, 6, 172–176.
- Peugh, J. L. & Enders, C. K. (2005). Using the SPSS mixed procedure to fit cross-sectional and longitudinal multilevel models. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 717–741.
- Pink, R. (2007). *Kompetenz im Konflikt*. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Ponschab, R. & Schweizer, A. (2004). *Die Streitzeit ist vorbei*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515–526.
- Preston, S. D. & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate basis. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1–20.
- Prinz, W. (1997). Perception and action planning. *European Journal of Cognitive Psychology*, 9, 129–154.
- Rabette, C. (2003). *Merci!* Zugriff am 26.07.2013. Verfügbar unter <http://youtu.be/bH3Vwej4o74>
- Rameson, L. T. & Liebermann, M. D. (2009). Empathy: A Social Cognitive Neuroscience. *Social and Personality Psychology Compass*, 3, 94–110.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.-F., Farvacques, C., Dubus, L. et al. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients?: A randomised study. *British Journal of Cancer*, 87, 1–7.

- Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear*. New York, NY: Grove Press.
- Rempala, D. M. (2013). Cognitive strategies for controlling emotional contagion. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, 1528–1537.
- Richter, D. (2009). *Empathie: Gewinne und Verluste im Erwachsenenalter*. Dissertation, Jacobs Universität Bremen. Bremen, Deutschland. Zugriff am 02.10.2012. Verfügbar unter <http://www.jacobs-university.de/phd/files/1241709243.pdf>
- Richter, D. & Kunzmann, U. (2010). Age differences in three facets of empathy: Performance-based evidence. *Psychology and Aging*, 26, 60–70.
- Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J. & Phillips, M. (2012). Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1280–1286.
- Rifkin, J. (2009). *The Empathic Civilization: The Race to Global Consciousness in a World in Crisis*. New York, NY: Penguin.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen: EKF*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131–141.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172–178.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centred Psychotherapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1967a). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. London, England: Constable and Company.
- Rogers, C. R. (1967b). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing Education* (S. 1–18). Washington, D.C.: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, 2–10.
- Rogers, C. R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main, Deutschland: Fischer.
- Röschmann, D. & Weber, H. (2008). *Arbeitskatalog der Übungen und Spiele*. Hamburg, Deutschland: Windmühle Verlag.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York, NY: Basic Books.
- Rosenberg, M. B. (1999). *Nonviolent communication: A language of compassion*. Del Mar, CA: PuddleDancer Press.

Literatur

- Rosenberg, M. B. (2003). *Nonviolent Communication: A Language of Life*. Encinitas, CA: PuddleDancer Press.
- Rosenberg, M. B. (2004). *Das Herz gesellschaftlicher Veränderung: Wie Sie Ihre Welt entscheidend umgestalten können*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2005a). *Den Schmerz überwinden, der zwischen uns steht*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2005b). *Kinder einführend unterrichten*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2005c). *Lebendige Spiritualität: Gedanken über die spirituellen Grundlagen der gewaltfreien Kommunikation*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2006). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine lebensdienliche Sprache [3 DVDs]*. München, Deutschland.
- Rosenberg, M. B. (2007a). *Das können wir klären: Wie man Konflikte friedlich und wirksam lösen kann*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2007b). *Erziehung, die das Leben bereichert: Gewaltfreie Kommunikation im Schulalltag*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2007c). *Kinder einführend ins Leben begleiten: Elternschaft im Licht der gewaltfreien Kommunikation*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2007d). *Was deine Wut dir sagen will: Überraschende Einsichten; das verborgene Geschenk unseres Ärgers entdecken*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2008). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2009). *Die Sprache des Friedens sprechen - in einer konfliktreichen Welt: Was Sie als Nächstes sagen wird Ihre Welt verändern*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Rosenberg, M. B. (2012). *Living Nonviolent Communication*. Boulder, CO: Sounds True.
- Rosenberg, M. B. & Molho, P. (1998). Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia*, 4, 335–340.
- Rosenthal, D. & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294–302.
- Roth, M. & Collani, G. v. (2007). A head-to-head comparison of Big-Five types and traits in the prediction of social attitudes: Further evidence for a five-cluster typology. *Journal of Individual Differences*, 28, 138–149.
- Roth, M., Decker, O., Herzberg, P. Y. & Brähler, E. (2008). Dimensionality and norms of the Rosenberg Self-esteem Scale in a german general population sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 190–197.
- Roth, M. & Liebe, N. (2011). Moderating effect of personality type on the relation between Sensation Seeking and illegal substance use in adolescents. *International Journal of Developmental Science*, 5, 113–126.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.

Literatur

- Rubenstein, R. E. (2001). Basic human needs: The next step in theory development. *International Journal of Peace Studies*, 6. Verfügbar unter http://www.gmu.edu/programs/icar/ijps/vol6_1/Rubenstein.htm
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 145–172.
- Rust, S. (2011). *Wenn die Giraffe mit dem Wolf tanzt*. Burgrain, Deutschland: KOHA.
- Sach, M. (2008). *Mit dem Herzen hört man besser: Umsetzung der Gewaltfreien Kommunikation an der jahrgangsgemischten Michael-Ende-Schule*. Examensarbeit, Zentrum für schulpraktische Lehrerbildung Minden. Minden.
- Scherer, K. R. (1984). On the Nature and Function of Emotion: A Component Process Approach. In K. R. Scherer & P. Ekman (Hrsg.), *Approaches to Emotion* (S. 293–318). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Scherer, K. R. & Ekman, P. (Hrsg.). (1984). *Approaches to Emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schmidt-Atzert, L. & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Schmitz, G. S. (1999). Skalendokumentation der Lehrervariablen. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen* (S. 53–101). Berlin, Deutschland: R. Schwarzer.
- Schulz von Thun, F. (2005). *Miteinander reden 1*. Reinbek, Deutschland: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (2010). *Miteinander reden 2*. Reinbek, Deutschland: Rowohlt.
- Schumacher, J., Leppert, K., Grunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala: Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16–39.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin, Deutschland: R. Schwarzer.
- Seltman, H. J. (2013). *Experimental Design and Analysis*. Zugriff am 28.06.2013. Verfügbar unter <http://www.stat.cmu.edu/~hseltman/309/Book/Book.pdf>
- Shannon, C. E. (1948). A mathematical theory of communication. *The Bell System Technical Journal*, 27, 379–423.
- Shek, D. T. L. & Ma, C. M. S. (2011). Longitudinal data analyses using linear mixed models in SPSS: Concepts, procedures and illustrations. *The Scientific World JOURNAL*, 11, 42–76.
- Sherman, J. J. & Cramer, A. (2005). Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *Journal of Dental Education*, 69, 338–345.
- Shoemaker, D. (2005). *S-O E Questionnaire*. Zugriff am 12.02.2010. Verfügbar unter <http://www.4shared.com/account/document/on-k6O5m/SOE.html>

- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 855–863.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J. P., Kaube, H., Dolan, R. J. & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303, 1157–1162.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J. P., Stephan, K. E., Dolan, R. J. & Frith, C. D. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*, 439, 466–469.
- Skinner, C. & Spurgeon, P. (2005). Valuing empathy and emotional intelligence in health leadership: A study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18, 1–12.
- Sokolowski, K. (2002). Emotionen. In J. Müsseler & W. Prinz (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (S. 336–384). München, Deutschland: Spektrum.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A. & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *Journal of Personality Assessment*, 91, 62–71.
- Stamouli, E., Brenninger, R., Bossle, M. & Gruber, H. (2010). *Förderung emotionaler Kompetenzen in der Krankenpflege: Forschungsbericht Nr. 49*, Universität Regensburg. Regensburg, Deutschland.
- Steckal, D. (1994). *Compassionate Communication Training and Levels of Participant Empathy and Self-Compassion*. Dissertation, United States International University San Diego. San Diego, CA.
- Steins, G. (2005). Empathie. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 467–475). Göttingen, Deutschland: Hogrefe.
- Steins, G. & Wicklund, R. A. (1993). Zum Konzept der Perspektivübernahme: Ein kritischer Überblick. *Psychologische Rundschau*, 44, 226–239.
- Stepien, K. A. & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 524–530.
- Stiberg, E., Holand, U., Olstad, R. & Lorem, G. (2012). Teaching Care and Cooperation with Relatives: Video as a Learning Tool in Mental Health Work. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 528–535.
- Strayer, J. & Roberts, W. (2004). Empathy and observed anger and aggression in five-year-olds. *Social Development*, 13, 1–13.
- Ströhle, G., Nachtigall, C., Michalak, J. & Heidenreich, T. (2010). Die Erfassung von Achtsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 1–12.
- Taylor, E., Mamier, I., Bahjri, K., Anton, T. & Petersen, F. (2009). Efficacy of a self study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1131–1140.
- team businessmediation (Hrsg.). (2006). *Konfliktmanagement*. Wien, Österreich: Linde.

- Teasdale, J. D., Segal, Z. & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Tewes, U. (1991). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene - Revision 1991 (HAWIE-R)*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Thioux, M., Gazzola, V. & Keysers, C. (2008). Action Understanding: How What and Why. *Current Biology*, 18, 431–434.
- Thoma, P., Zalewski, I., Reventlow, H. G. von, Norra, C., Juckel, G. & Daum, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatry Research*, 189, 373–378.
- Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2007). Conceptualizing Empathy in Cognitive Behaviour Therapy: Making the Implicit Explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 591–612.
- Titchener, E. (1909). *Elementary Psychology of the Thought Processes*. New York, NY: Macmillan.
- Titchener, E. (1915). *A Beginner's Psychology*. New York, NY: Macmillan.
- UNESCO. (2002). *Non-violent education: Words are windows*. Zugriff am 14.06.2013. Verfügbar unter http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=6925&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Ury, W. (2000). *The Third Side: Why We Fight and How We Can Stop*. New York, NY: Penguin.
- Ury, W. (2009). *Getting Past No: Negotiating With Difficult People*. Croydon, UK: CPI Bookmarque.
- Vignemont, F. d. & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10, 435–441.
- Vopel, K. W. (2006). *Wirksame Workshops*. Cloppenburg, Deutschland: iskopress.
- Vreeke, G. J. & van der Mark, I. L. (2003). Empathy, an integrative model. *New Ideas in Psychology*, 21, 177–207.
- Wallston, K., Cohen, B., Struder-Wallston, B., Smith, R. & DeVellis, B. (1978). Increasing nurses person-centredness. *Nursing Research*, 27, 156–159.
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236–244.
- Wastell, C. A., Cairns, D. & Haywood, H. (2009). Empathy training, sex offenders and re-offending. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 149–159.
- Watson, M., Pettingale, K. W. & Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 467–474.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Weber, H. & Rammsayer, T. (Hrsg.). (2005). *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen, Deutschland: Hogrefe.

- Wei, M., Liao, K. Y.-H., Ku, T.-Y. & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, Self-Compassion, Empathy, and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. *Journal of Personality*, 79, 191–221.
- West, B. T., Welch, K. B. & Gatecki, A. T. (2007). *Linear Mixed Models*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall.
- Wicklund, R. A., Slattum, V. & Solomon, E. (1970). Effects of implied pressure toward commitment on ratings of choice alternatives. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 449–457.
- Wikström, B.-M. (2001). Work of art dialogues: An educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 24–29.
- Williams, C. A. (1989). Empathy and Burnout in Male and Female Helping Professionals. *Research in Nursing & Health*, 12, 169–178.
- Winefield, H. R. & Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: Does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34, 90–94.
- Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2013). *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. Bern, Schweiz: Hans Huber.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 314–321.
- Yates, P., Hart, G., Clinton, M., McGrath, P. & Gartry, D. (1998). Exploring empathy as a variable in the evaluation of professional development programs for palliative care nurses. *Cancer Nursing*, 21, 402–410.
- Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E. & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126–136.
- Zaki, J., Bolger, N. & Ochsner, K. (2009). Unpacking the informational bases of empathic accuracy. *Emotion*, 9, 478–487.

Anhang

- A1: Tabelle A1
zu den Messzeitpunkten in der Trainings- bzw. Kontrollgruppe eingesetzte Verfahren im gesamten Projekt, aus dem diese Arbeit einen Teil vorstellt
- A2: Fragebogen
Fragebogen, der in der Trainingsgruppe zu t0 eingesetzt wurde, untergliedert in die Teile „Fragebogen“ (Erhebung der etablierten Inventare), „Seminarinhalte“ (Abfrage des Wissens bzw. Vorwissens zu den Seminarthemen), „Resümee zum Seminar“ (formative Evaluation) sowie Pre-then-post-Messung der Fähigkeitsselbsteinschätzung. Entsprechend ohne formative Evaluation für die Kontrollgruppe eingesetzt.

Anhang A1

Tabelle A1. Zu den Messzeitpunkten in der Trainings- bzw. Kontrollgruppe eingesetzte Verfahren im gesamten Projekt, aus dem diese Arbeit einen Teil vorstellt

Inventare	Trainings- / Kontrollgruppe	Messzeitpunkt		
		t0	t1	t2
Änderung auf Verhaltensebene	TG			X
	KG			
Berufliche Belastung (BEL)	TG	X		X
	KG	X		X
eigene Beschäftigung mit GFK oder Empathie	TG			
	KG			X
Emotionale-Kompetenz-Fragebogen (EKF)	TG	X		X
	KG	X		X
Formative Evaluation 1	TG		X	
	KG			
Formative Evaluation 2	TG			X
	KG			
Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)	TG	X		X
	KG	X		X
Irritationsskala (IS)	TG	X		X
	KG	X		X
Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS-D)	TG	X		X
	KG	X		X
Maslach Burnout Inventar (MBI)	TG	X		X
	KG	X		X
Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)	TG	X		X
	KG	X		X
Selbsteinschätzung eigener Fähigkeiten	TG	X	X	X
	KG	X		X
Selbsteinschätzung eigener Fähigkeiten THEN NOW	TG		X	
	KG			
Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27)	TG	X		X
	KG	X		X
Self-Other Empathy Fragebogen (SOE)	TG	X		X
	KG	X		X
Skalen zum Erleben eigener Emotionen (SEE)	TG	X		X
	KG	X		X
Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	TG	X		X
	KG	X		X
Verhaltensbeschreibung	TG	X		X
	KG	X		X
Wissensfragen 1 - Statements	TG	X	X	X
	KG	X		X
Wissensfragen 2 - Differenzierungen in der GFK	TG	X	X	X
	KG	X		X
Wissensfragen 3 - GFK und EKS	TG	X	X	X
	KG	X		X
Wissensfragen 3 - GFK und EKS Items 11-13	TG			X
	KG			X
Wissenstransfer (EKS-Satz, GFK-Satz, Beobachtung)	TG			X
	KG			X

Anhang A2

(Fragebogen, der in der Trainingsgruppe zu t0 eingesetzt wurde, untergliedert in die Teile „Fragebogen“ (Erhebung der etablierten Inventare), „Seminarinhalte“ (Abfrage des Wissens bzw. Vorwissens zu den Seminarthemen), „Resümee zum Seminar“ (formative Evaluation) sowie Pre-then-post-Messung der Fähigkeitsselbsteinschätzung. Entsprechend ohne formative Evaluation für die Kontrollgruppe eingesetzt.)

Forschungsprojekt „Trainingskonzept Empathie“
Universität Duisburg-Essen
Institut für Psychologie
Professur für Differentielle Psychologie
Berliner Platz 6-8
45127 Essen

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

4-Tage-Kompaktseminar

Einsatz von Empathie in der Kranken- und Altenpflege

Kompaktseminar zum Einsatz von Empathie auf Grundlage
der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg

Fragebogen

Ihr TeilnehmerInnen - Code

--	--	--	--	--	--	--	--

Seminarleitung

Prof. Dr. Marcus Roth • Dipl.-Psych. Tobias Altmann • Dipl.-Psych. Victoria Hieb

Liebe/r Seminarteilnehmer/in,

wir möchten Sie bitten, vor Beginn des Seminars noch einige Fragebögen auszufüllen. Zur Gewährleistung der Anonymität arbeiten wir mit einem Teilnehmer/innen-Code.

Bitte tragen Sie den Code auf dem Deckblatt ein.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt und eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nicht möglich. Eine Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen des Forschungsprojekts.

Teilnehmer/innen-Code

- __** 1. und 3. Buchstabe Vorname Vater, z.B. Peter -> PT
- __ __** Geburtsdatum der Mutter (TTMM), z.B. 3. Januar -> 0301
- __** 1. und 3. Buchstabe Vorname Mutter, z.B. Ingrid -> IG

Im Beispiel wäre der Code PT0301IG

Ihr Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

Sollten Ihre Eltern mehrere Vornamen haben, merken Sie sich bitte, welchen Sie verwendet haben, Sie werden diesen Code im Laufe des Seminars noch einmal benötigen.

Bitte beginnen Sie jetzt mit dem Ausfüllen der Fragebögen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit an unserem Forschungsprojekt!

Bitte beantworten Sie zunächst einige Fragen zu Ihrer Person.

1. Alter _____

2. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich

3. Staatsangehörigkeit _____

4. Muttersprache _____

5. Familienstand (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ ledig
- ☐ verheiratet
- ☐ geschieden
- ☐ verwitwet
- ☐ in fester Beziehung

6. Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

7. Bildungsabschluss (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Kein Schulabschluss
- ☐ Haupt-/Realschulabschluss
- ☐ Abitur
- ☐ Abgeschlossene Berufsausbildung
- ☐ Abgeschlossenes Universitätsstudium

8. Wie lautet die genaue Bezeichnung Ihres Ausbildungsberufs?

9. Beginn der Ausbildung im Jahr _____, Monat _____

10. Bisherige Praxiserfahrung (Praxisblöcke, Praktika,...)

a) Hatten Sie bereits Praxisblöcke innerhalb der Ausbildung? ☐ ja ☐ nein

▪ Wenn ja, wie lange? Dauer insgesamt _____ Wochen.

b) Haben Sie vorher Praktika im gleichen Bereich absolviert? ☐ ja ☐ nein

▪ Wenn ja, wie lange? Dauer insgesamt _____ Wochen.

Es folgen nun einige Fragebögen, in denen es darum geht, dass Sie einschätzen, inwiefern die genannten Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Bitte antworten Sie ehrlich und spontan, überlegen Sie nicht, welche Antwort vielleicht „richtig“ wäre, es kommt ganz auf Ihre persönliche Einschätzung an, „richtige“ oder „falsche“ Antworten gibt es nicht!

Wir wissen, dass es oft schwierig ist, sich für eine Antwort zu entscheiden.

Bitte kreuzen Sie dennoch nicht zwischen den Kästchen an, da dies die Auswertung erheblich erschwert.

Wählen Sie bitte die Antwort aus, die am besten passt.

Bitte lassen Sie keine Frage aus.

Vielen Dank!

Als erstes möchten wir Sie bitten, Ihre eigenen Fähigkeiten einzuschätzen.

Geben Sie die Ausprägung Ihrer Fähigkeit an von 1= sehr schwach bis 5 = sehr gut.

Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt Sie Ihre Fähigkeit einschätzen...

		sehr schwach	schwach	mittelmäßig	gut	sehr gut
1	...anderen zuzuhören	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	...sich in andere hineinzuversetzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	...den Standpunkt des anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	...die Gefühle des anderen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	...Ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	...genau und sachlich zu beobachten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	...die Bedürfnisse anderer Menschen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	...Ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	...sich in Sie selbst einzufühlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	...empathische Momente im Alltag wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	...zwischen Ihren Gefühlen und den Gefühlen anderer zu differenzieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Anhang

Bitte geben Sie hier an, wie stark die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen. Hierfür steht Ihnen eine Skala mit 7 Stufen zur Verfügung, von 1 = "trifft überhaupt nicht zu" bis 7 = "trifft fast völlig zu".

		trifft überhaupt nicht zu	trifft größtenteils nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft etwas zu	trifft größtenteils zu	trifft fast völlig zu
IS1	Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS2	Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS3	Wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS4	Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS5	Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS6	Ich bin schnell verärgert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS7	Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
IS8	Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

- 1 = trifft gar nicht zu
- 2 = trifft wenig zu
- 3 = trifft mittelmäßig zu
- 4 = trifft überwiegend zu
- 5 = trifft völlig zu

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
SPF1e	Ich empfinde warmherzige Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF2f	Die Gefühle einer Person in einem Roman kann ich mir sehr gut vorstellen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF3d	In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF4p	Ich versuche, bei einem Streit zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF5e	Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, glaube ich, ihn schützen zu müssen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF6d	Ich fühle mich hilflos, wenn ich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF7f	Nachdem ich einen Film gesehen habe, fühle ich mich so, als ob ich eine der Personen aus diesem Film sei.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF8d	In einer gespannten emotionalen Situation zu sein, beängstigt mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF9e	Mich berühren Dinge sehr, auch wenn ich sie nur beobachte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF10p	Ich glaube, jedes Problem hat zwei Seiten und versuche deshalb beide zu berücksichtigen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF11e	Ich würde mich selbst als eine ziemlich weiche Person bezeichnen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF12f	Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Hauptperson hineinversetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF13d	In heiklen Situationen neige ich dazu, die Kontrolle über mich zu verlieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF14p	Wenn mir das Verhalten eines anderen komisch vorkommt, versuche ich mich für eine Weile in seine Lage zu versetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF15f	Wenn ich eine interessante Geschichte oder ein gutes Buch lese, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die Ereignisse passieren würden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SPF16p	Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie die Sache aus seiner Sicht aussieht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Anhang

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Wir möchten Sie bitten, jeweils anzugeben, wie stark diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen. Hierfür steht Ihnen eine 5-stufige Skala zur Verfügung, von 1 = "trifft gar nicht zu" bis 5 = "trifft völlig zu".

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
1	Ich weiß nicht, wie ich herausfinden kann, was ich will.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Wenn ich jemanden besser verstehen möchte, beschreibe ich mit eigenen Worten, was ich ihn/sie habe sagen hören.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Ich weiß, wie ich auch in angespannten Situationen mit einem Gesprächspartner zu einer gemeinsamen Lösung kommen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Ich habe eine Vorstellung von einem guten Gesprächsverlauf, die ich jetzt auch beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Ich versuche in Gesprächen möglichst genau wiederzugeben, wie mein Gegenüber sich fühlt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Mit meinem empathischen Handeln bin ich im Großen und Ganzen zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Wenn sich ein Freund schlecht fühlt, ist es hilfreich seinen Fokus auf die schönen Seiten des Lebens zu bringen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Wenn ich eine Situation als irritierend oder belastend erlebe, versuche ich, mehr über die Sicht des anderen zu erfahren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Oft weiß ich nicht, wie ich in schwierigen Situationen reagieren soll und bin nachher unzufrieden mit mir selbst.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Ich habe eine recht klare Vorstellung davon, was Menschen brauchen, um sich verstanden zu fühlen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Wenn ich jemandem zuhöre, analysiere ich gern die Probleme der Person.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12	Auch im Umgang mit unsympathischen Patienten und Angehörigen kann ich meine Ruhe und Gelassenheit bewahren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13	Meine Bedürfnisse und Gefühle sind für mich eine Richtschnur in schwierigen Gesprächen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14	Ich rede immer mal wieder über meine eigenen Gefühle und Bedürfnisse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15	Mir geht es gut mit meinem empathischen Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16	Ich weiß nicht, wie ich ein Gespräch gut strukturieren könnte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17	Ich nehme mir in schwierigen Situationen Zeit nachzuspüren, bevor ich reagiere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18	Es ist wichtig für mich, auf meine Gefühle zu hören.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19	Ich versuche in Gesprächen herauszufinden, welche Bedürfnisse beim Gegenüber erfüllt und welche unerfüllt sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20	In emotional geladenen Situationen fühle ich mich blockiert, weil ich keinen positiven Weg für das Gespräch sehe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
21	Nur weil jemand traurig ist, heißt das nicht, dass ich auch traurig sein muss.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22	Wenn ich Sorgen habe, lenke ich mich ab, indem ich mich beschäftige oder über andere Dinge nachdenke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23	Wenn jemand traurig ist, merke ich manchmal, wie Hilflosigkeit in mir hochkommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24	Es kommt oft vor, dass ich jemanden im Gespräch recht schnell „abstempel“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25	Ich habe das Gefühl, meine Bedürfnisse kommen immer zu kurz.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26	Das Beste, was ich in schwierigen Situationen machen kann ist, dass ich mir sage „Kopf hoch“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27	Wenn ein Patient traurig ist, sage ich ihm zumeist erst einmal etwas Aufmunterndes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28	Das Gefühl der Hilflosigkeit kommt bei einem guten Pfleger/einer guten Pflegerin nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29	Wenn ich eine falsche Entscheidung getroffen habe, verurteile ich mich leicht deswegen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30	Lieber spüre ich meine Traurigkeit, als dass ich mir selbst sage, dass ich bessere Laune haben sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31	Ich vermute, meine Patienten erleben mich manchmal als kurz angebunden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32	Ich teile gerne meine spontanen Ratschläge mit, wenn mir jemand von einem Problem erzählt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33	Wenn ich es anderen recht mache, dann geht dies meistens zu meinen Lasten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34	Wenn ich versuche jemanden zu verstehen, rate ich, was diese Person gerade fühlt und überprüfe das mit ihr.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35	Ich denke, meine Patienten sind zufrieden mit meinem empathischen Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36	Ich lasse meine Patienten auch an meinen Gefühlen teilhaben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37	Oft denke ich mir: „Da hättest Du empathischer sein sollen“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38	Ich frage oft nach den Gefühlen meiner Patienten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39	Es gibt oft Situationen, in denen ich mein Verhalten als irgendwie unpassend für die Situation des Patienten empfinde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40	Habe ich widersprüchliche Arbeiten zu erledigen (z.B. viele Patienten gleichzeitig intensiv zu betreuen), versuche ich einen Weg zu finden, mit diesem Widerspruch zufriedenstellend umzugehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41	Ich muss eigentlich nicht fragen, was der andere braucht – ich merke das.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
42	Wenn ein Patient Angst äußert, dass er nie wieder richtig gesund wird, dann würde ich ihm meistens erst einmal erzählen, was er bisher schon geschafft hat.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
43	Es ist mir wichtig, auf meine Gefühle im Arbeitsalltag zu achten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
44	Ich bevorzuge schnell zu handeln, statt mir Zeit zu nehmen, genau auf meine Gefühle zu hören.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
45	Manchmal weiß ich nicht, ob ich nun traurig oder wütend bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
46	Patienten brauchen oft Verständnis, aber ich habe noch kein klares Bild davon, wie man dem nachkommen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
47	Wenn mich jemand kritisiert, versuche ich zu erfahren, was die Person fühlt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
48	Wenn ein Freund Sorgen hat, ist es hilfreich, ihm/ihr zu sagen, dass alles wieder gut wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

- stimmt gar nicht
- stimmt kaum
- stimmt mittelmäßig
- stimmt ziemlich
- stimmt völlig

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
AE7	Ich stehe zu allen meinen Empfindungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EM6	Meine Körpersignale bemerke ich schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EM12	Mein inneres Erleben fühle ich oft nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AE16	Ich fühle, was ich fühle, und das ist ok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EM17	Oft wünsche ich, ich könnte meine Gefühle besser wahrnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AE23	Es ist für mich keine Frage, dass ich ein Recht auf alle meine Gefühle habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EM29	Ich würde gerne innerlich mehr erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AE30	Für meine Gefühle schäme ich mich nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AE34	Alle meine Gefühle dürfen genauso sein, wie sie sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EM36	Die Signale meines Körpers spüre ich oft nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AE42	Was bei mir an Gefühlen hochkommt, kann ich immer zunächst auch annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wählen Sie hier, wie häufig oder stark Sie folgende Aussagen als zutreffend erleben. Wählen Sie hierzu auf einer Skala von 1 - 5, mit 1 = „sehr schwach“ oder „sehr selten“ und 5 = „sehr stark“ oder „sehr oft“.		sehr schwach/ sehr selten					sehr stark/ sehr oft				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER1	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER2	Der direkte Kontakt mit Menschen bei der Arbeit belastet mich zu stark.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER3	Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IV4	Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DP5	Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER6	Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE7	Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE8	Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER9	Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE10	Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IV11	Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER12	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE13	Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER14	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
IV15	In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PL16	Ich fühle mich sehr tatkräftig.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE17	Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER18	Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ER19	Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DP20	Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE21	Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DP22	Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PE23	Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzuversetzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DP24	Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DP25	Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlsloser im Umgang mit anderen Menschen geworden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Bitte geben Sie auch hier an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten 7 Tage!

In der letzten Woche...

		überhaupt nicht	selten	manchmal	fast immer
SEK1	...achtete ich auf meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK2	...konnte ich positivere Gefühle gezielt herbeiführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK3	...verstand ich meine emotionalen Reaktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK4	...fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK5	...konnte ich auch negative Gefühle annehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK6	...hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK7	...hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK8	...machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK9	...versuchte ich, mir in belastenden Situationen selber Mut zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK10	...konnte ich meine negativen Gefühle beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK11	...wusste ich, was meine Gefühle bedeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK12	...schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK13	...war mir klar, was ich gerade fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK14	...merkte ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK15	...versuchte ich mich in belastenden Situationen selber aufzumuntern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK16	...konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK17	...konnte ich zu meinen Gefühlen stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK18	...war ich mir sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK19	...setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK20	...war mir bewusst, warum ich mich so fühlte, wie ich mich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK21	...war mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK22	...konnte ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei manchmal unwohl oder unsicher fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK23	...akzeptierte ich meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie auch hier an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten 7 Tage!

In der letzten Woche...

		überhaupt nicht	selten	manchmal	fast immer
SEK24	...waren meine körperlichen Reaktionen ein gutes Signal dafür, wie ich mich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK25	...wusste ich gut, wie es mir gerade geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK26	...fühlte ich mich stark genug, auch belastende Gefühle aushalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEK27	...stand ich mir in belastenden Situationen selbst zur Seite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

- trifft gar nicht zu
- trifft eher nicht zu
- trifft eher zu
- trifft sehr zu

		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft sehr zu
ZU3	Oft finde ich es langweilig, den Ausführungen anderer Menschen zu folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP11	Leute, die ein völlig anderes Leben führen als der Rest der Gesellschaft (z. B. Punker, Stadtstreicher), kann ich nur schwer akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP25	Ich ärgere mich oft über Leute, weil sie irgendwie anders sind als ich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU29	Es ist mir schon häufiger passiert, dass ein Gesprächspartner mir eine Frage gestellt hat und ich überhaupt nicht zugehört habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU34	Ehrlich gesagt, manchmal tue ich nur so, als ob ich anderen aufmerksam zuhören würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP47	In meinem Alltag habe ich besonders gerne mit den unterschiedlichsten Typen von Menschen zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU59	Oft langweilen mich andere Menschen, so dass ich ihnen nicht längere Zeit konzentriert zuhören mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP65	In Diskussionen kann ich leichter als andere unterschiedliche Meinungen akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP76	Auch in Konfliktsituationen fällt es mir leichter als vielen anderen, meine eigenen Fehler einzugestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU77	Ehrlich gesagt, viele Gesprächspartner versuche ich möglichst schnell abzuwimmeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP89	Wenn ich merke, dass ich in einem Gespräch Unrecht habe, dann bin ich immer sofort bereit, meinen Standpunkt zu überdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZU101	Wenn ich mich mit anderen Menschen unterhalte, dann schweifen meine Gedanken oft ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WP106	Ich finde es sehr interessant, unterschiedlichste Typen von Menschen kennen zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren Berufsalltag. Geben Sie an, wie stark diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

Hierfür steht Ihnen eine 5-stufige Skala zur Verfügung, von 1 = "trifft gar nicht zu" bis 5 = "trifft völlig zu".

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
AU1	Mein Beruf macht mir Spaß.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE2	Mein Beruf ist ein Beruf, in dem man ständig überfordert wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AU3	Ich habe mir schon ernsthaft überlegt, aus dem Beruf auszusteigen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AU4	Was meine Arbeit anbelangt, bin ich eigentlich rundum zufrieden.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
KO5	Ich fühle mich in meiner Arbeit ständig kontrolliert und überwacht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
KO6	Ich habe das Gefühl, auch vor Kollegen ständig betonen zu müssen, dass ich viel arbeite.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AU7	Ich halte mich gern an meinem Arbeitsplatz auf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
KO8	Ich habe Konflikte mit Vorgesetzten, die mich belasten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE9	Ich fühle mich häufig überfordert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE10	Ich habe eigentlich selten das Gefühl, einmal richtig abschalten zu können.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AU11	Ich kann in meinem Beruf meine Fähigkeiten voll nutzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE12	Oft habe ich ein schlechtes Gewissen den Patienten gegenüber.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AU13	Meine eigenen Berufsideale lassen sich in meiner Tätigkeit nicht verwirklichen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE14	Für andere Menschen verantwortlich zu sein, belastet mich zu sehr.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
UE15	Der Zeitdruck, unter dem ich arbeite, ist zu groß.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im Folgenden finden Sie wieder Aussagen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

- stimmt überhaupt nicht zu
- stimmt eher nicht zu
- mittel
- stimmt eher
- stimmt vollständig

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	mittel	stimmt eher	stimmt vollständig
EA3	Ich kann sehr schnell erkennen, wenn sich andere schlecht fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE4	Manchmal bin ich traurig, ohne zu wissen, warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA6	Ich kann gut verschiedene Gefühlszustände meiner Freunde beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE7	Wenn ich glücklich bin, kann ich mir das erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA8	Auch ohne Worte sehe ich meist an der Mimik und Gestik, wie sich ein Mensch fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA11	Ich kann Gefühle anderer gut nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE14	Manchmal weiß ich gar nicht, dass ich schlecht gelaunt bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA15	Ich kann am Gesichtsausdruck anderer erkennen, wie sie sich gerade fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE17	Ich kann gut meine Gefühle erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA18	Die Gefühle anderer kann ich gut erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE21	Manchmal schwankt meine Stimmung, ohne dass ich mir erklären kann, wieso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA22	Ich kann mich gut in die Gefühlswelt anderer hineinversetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA25	Andere bezeichnen mich als einfühlsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA28	Ich erkenne, ob jemand tatsächlich betroffen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE30	Ich kenne fast immer meine Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA31	Telefoniere ich mit einem Freund, merke ich, was er empfindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE33	Oft verstehe ich meine Gefühle nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE35	Manchmal weiß ich nicht, wie es dazu kam, dass ich so schlecht drauf war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA36	Ich kann Gefühle anderer ganz gut beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE39	Wenn meine Gefühle sich ändern, kann ich die Ursache dafür fast immer finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA40	Die Stimmung anderer kann ich meist gut erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE43	Ich verstehe meist, warum ich mich in einer bestimmten Stimmung befinde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden finden Sie wieder Aussagen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

- stimmt überhaupt nicht zu
- stimmt eher nicht zu
- mittel
- stimmt eher
- stimmt vollständig

		stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	mittel	stimmt eher	stimmt vollständig
EA44	Durch das Analysieren der Gefühle anderer Personen kann ich sie besser verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE47	Manchmal kann ich mir mein eigenes Verhalten nicht erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA48	Geht es einem anderen besser als sonst, merke ich das schnell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE51	Ich kann schnell in verschiedenen Situationen erkennen, wie ich mich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA52	Ich kann andere, deren Gefühle und Verhalten, gut verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE54	Ich erkenne oft den Auslöser für plötzliche Gefühlsänderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA55	Ich kann gut erkennen, wenn jemand traurig ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE58	Andere erkennen manchmal schneller als ich, dass ich schlecht drauf bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EA59	Im Verlauf von Gesprächen erkenne ich schnell, wie es meinem Gesprächspartner geht und wann sich seine Stimmung verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EE61	Manchmal muss ich erst darauf hingewiesen werden, dass sich meine Stimmung geändert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie auch hier an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

- 1 = trifft nie oder sehr selten zu
- 2 = trifft selten zu
- 3 = trifft manchmal zu
- 4 = trifft oft zu
- 5 = trifft sehr oft oder immer zu

		trifft nie oder sehr selten zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft oft zu	trifft sehr oft oder immer zu
B2	Ich kann meine Gefühle gut in Worte fassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D4	Ich kritisiere mich dafür, irrationale oder unangebrachte Gefühle zu haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B6	Es fällt mir leicht, meine Überzeugungen, Meinungen und Erwartungen in Worte zu fassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D8	Ich neige dazu, meine Wahrnehmungen als richtig oder falsch zu bewerten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B10	Ich bin gut darin, Wörter zu finden, die meine Sinneswahrnehmungen ausdrücken, zum Beispiel den Geschmack, Geruch oder Klang von Dingen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D12	Ich sage mir, dass ich nicht das fühlen sollte, was ich fühle.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B14	Es fällt mir schwer, das, was ich denke, in Worte zu fassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D16	Ich glaube, dass einige meiner Gedanken unnormal sind, und dass ich nicht so denken sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B18	Ich habe Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um meine Gefühle auszudrücken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D20	Ich urteile darüber, ob meine Gedanken gut oder schlecht sind.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B22	Körperliche Empfindungen sind für mich schwer zu beschreiben, weil mir die richtigen Worte dazu fehlen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D24	Ich neige dazu, meine Erfahrungen als wertvoll bzw. wertlos zu beurteilen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B26	Sogar wenn ich schrecklich verärgert bin, kann ich das in Worte fassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D28	Ich sage mir, dass ich nicht so denken sollte, wie ich denke.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D32	Ich denke, dass manche meiner Gefühle schlecht oder unangebracht sind, und dass ich sie nicht haben sollte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B34	Ich habe die natürliche Tendenz, meine Erfahrungen in Worte zu fassen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D36	Ich missbillige mich, wenn ich unvernünftige Ideen habe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Anhang

Abschließend finden Sie nun eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Antworten Sie bitte auch hier so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

0 = überhaupt nicht 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = stark 4 = sehr stark		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?						
BO1	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN2	Nervosität oder inneres Zittern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
BO4	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP5	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US6	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
BO12	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP14	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN17	Zittern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP20	Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP22	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN23	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
BO27	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP29	Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP30	Schwermut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP31	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
DP32	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN33	Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US36	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US37	dem Gefühl, dass Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN39	Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO40	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US41	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO42	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO48	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO49	Hitzewallungen und Kälteschauern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO53	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP54	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN57	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
SO58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US61	einem unbehaglichem Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US66	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
DP71	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN72	Schreck- und Panikanfälle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
US73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
AN78	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
OP79	dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN30	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
AN86	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bitte kontrollieren Sie nun noch einmal, ob Sie keine Frage vergessen haben.

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe !!!



Forschungsprojekt „Trainingskonzept Empathie“
Universität Duisburg-Essen
Institut für Psychologie
Professur für Differentielle Psychologie
Berliner Platz 6-8
45127 Essen

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

4-Tage-Kompaktseminar

Einsatz von Empathie in der Kranken- und Altenpflege

Kompaktseminar zum Einsatz von Empathie auf Grundlage
der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg

Seminarinhalte - Vorwissen

Ihr TeilnehmerInnen - Code

--	--	--	--	--	--	--	--

Seminarleitung

Prof. Dr. Marcus Roth • Dipl.-Psych. Tobias Altmann • Dipl.-Psych. Victoria Hieb

Liebe/r Seminarteilnehmer/in,

bitte tragen Sie auf dem Deckblatt zur Gewährleistung der Anonymität Ihren Teilnehmer/innen-Code ein.

Der Code wird wie folgt erstellt:

Teilnehmer/innen-Code

__ 1. und 3. Buchstabe Vorname Vater, z.B. Peter -> PT

---- Geburtsdatum der Mutter (TTMM), z.B. 3. Januar -> 0301

__ 1. und 3. Buchstabe Vorname Mutter, z.B. Ingrid -> IG

Im Beispiel wäre der Code PT0301IG

Ihr Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

Liebe/r Seminarteilnehmer/in,

**wir möchten nun etwas über Ihr Vorwissen zu unseren
Seminarthemen erfahren und werden Ihnen deshalb einige Fragen
stellen, die sich konkret auf unsere kommenden
vier Seminartage beziehen.**

**Es ist deshalb völlig in Ordnung und sogar eher wahrscheinlich,
dass Sie die Antworten auf einige Fragen (noch) nicht kennen oder
sich bei Ihrer Antwort nicht sicher sind.**

**Halten Sie sich daher nicht zu lange an einer Frage auf und
antworten Sie ganz so, wie es Ihrem bisherigen
Wissensstand entspricht.**

Bitte fangen Sie nun mit den Fragen und Aufgaben an.

Vielen Dank!

1. Bitte beurteilen Sie, ob Sie die folgenden Statements für zutreffend halten oder nicht.

1	Es ist wichtig, zwischen dem, was ich beobachte und wie ich das interpretiere, zu trennen.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
2	Wenn man in einer schwierigen Situation die eigenen Bedürfnisse und die des Anderen kennt, liegt die Lösung oft auf der Hand.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
3	Die eigenen Gefühle sollten im Umgang mit Patienten keine Rolle spielen.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
4	Bei einer Auseinandersetzung mit einem Kollegen ist es sinnvoll, ihn nach seinen Gefühlen in der Situation zu befragen.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
5	Häufig reicht es dem Gegenüber zum Verstanden-werden aus, wenn man dessen Gefühle und Bedürfnisse erkennt und wiedergibt.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
6	Manchmal wissen Patienten einfach nicht, was gut für sie ist.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
7	Auch die eigenen Bedürfnisse sollten im Umgang mit Patienten eine Rolle spielen.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
8	Wenn Patienten Hilfe suchen, äußern sie zumeist ihre Bedürfnisse direkt.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
9	Reine Beobachtungen sind wenig hilfreich.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
10	Die Bedürfnisse eines Patienten muss man erfragen und sich anschließend rückversichern, ob man diese richtig verstanden hat.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
11	Das Gefühl der Hilflosigkeit kommt bei einer/m guten Krankenpfleger/in nicht vor.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
12	Es ist sinnvoll, dass man sich über die eigenen Gefühle im Klaren ist, wenn man Konflikte mit Patienten oder Kollegen hat.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
13	Das Erkennen der eigenen Bedürfnisse ist für den angemessenen Umgang mit Kollegen, nicht aber mit Patienten wichtig.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
14	Man kann objektiv sagen, ob jemand unzuverlässig ist.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
15	Wenn man jemandem zuhört, sollte man dabei gleichzeitig die Probleme dieser Person analysieren.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
16	Es ist besser, die eigene Traurigkeit zu spüren, als sich zu sagen, dass man bessere Laune haben sollte.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
17	Wenn es jemandem schlecht geht, ist es sinnvoll, ihm zu raten, sich auf die schönen Seiten des Lebens zu konzentrieren.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
18	Ein/e Krankenpfleger/in sollte auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen können, ohne dabei die eigenen Bedürfnisse aus dem Blick zu verlieren.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
19	Damit sich ein Mensch von einem anderen verstanden fühlt, braucht es sehr viel Zeit.	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>

2. Nun folgt eine Aufgabe, die Sie so ähnlich auch im Seminar behandeln werden.
Bitte beachten Sie: es geht um Ihr Vorwissen zum Thema. Es ist nicht schlimm, wenn Sie sich bei Ihrer Antwort (noch) nicht sicher sind.

Bitte geben Sie an, ob es sich bei den folgenden Aussagen um eine <u>Beobachtung</u> oder um eine <u>Bewertung</u> handelt.				
1	Du hast zum zweiten Mal in dieser Woche die Haustür offen gelassen.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
2	Stefanie ist oft wütend.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
3	Marie ist gestern völlig grundlos nicht zur Verabredung gekommen.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
4	Du hast gestern beim Fernsehen an deinen Fingernägeln geknabbert.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
5	Henning ist ein guter Mensch.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
6	Die Verkäuferin hat gesagt, der Rock stehe mir nicht gut.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
7	Du unterbrichst mich nun zum dritten Mal in diesem Gespräch.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
8	Du hast mich enttäuscht, als du die Akte so unvollständig ausgefüllt hast.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
9	Martin hat das Dienstzimmer zum dritten Mal in dieser Woche wie einen Saustall hinterlassen.	Beobachtung <input type="checkbox"/>	Bewertung <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Anhang

Bitte geben Sie an, ob es sich bei den folgenden Aussagen um ein <u>Gefühl</u> oder um einen <u>Gedanken</u> handelt.				
10	Ich fühle mich provoziert von Dir.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
11	Ich freue mich, dass Du hier bist.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
12	Ich fühle mich missverstanden, wenn Du so antwortest.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
13	Ich hab' das Gefühl, Du magst mich.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
14	Ich bin überrascht von Deiner Antwort.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
15	Ich bekomme Angst, wenn Du das sagst.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
16	Ich bin enttäuscht, weil Du sauer reagierst.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
17	Ich fühle mich wertlos.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
18	Ich fühle mich einsam, wenn ich allein bin.	Gefühl <input type="checkbox"/>	Gedanke <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, ob es sich bei den folgenden Aussagen um ein <u>Bedürfnis</u> oder um eine <u>Strategie</u> handelt.				
19	Für mich ist wichtig, im Sommer zwei Wochen am Strand liegen zu können.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
20	Ich möchte von dir wissen, was du an meinem Vortrag magst.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
21	Ich möchte in Gesprächen mit Angehörigen häufig Respekt.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
22	Ich brauche Gespräche mit Freunden.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
23	Ich möchte akzeptiert werden.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
24	Für mich ist jetzt Erholung wichtig.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
25	Ich brauche Verständnis und möchte gehört werden.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
26	Ich möchte nach diesem langen Arbeitstag Leichtigkeit und Ruhe.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
27	Mir ist wichtig, morgens eine halbe Stunde zu joggen.	Bedürfnis <input type="checkbox"/>	Strategie <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

3. Nun werden wir Ihnen einige Fragen stellen, die sich konkret auf Seminarinhalte beziehen. Es ist sogar wahrscheinlich, dass Sie die meisten Fragen nicht beantworten können oder sich bei Ihrer Antwort nicht sicher sind. Auch hier möchten wir gerne etwas über Ihr Vorwissen zum Thema erfahren. Es ist nicht schlimm, wenn Sie die Antwort nicht genau wissen.

A) Thema „gewaltfreie Kommunikation“

1	Was sind die „vier Schritte“ der gewaltfreien Kommunikation?	
	<input type="checkbox"/> Beobachtung, Gefühl, Beschwerde, Bitte <input type="checkbox"/> Beobachtung, Gedanke, Bedürfnis, Strategie <input type="checkbox"/> Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis, Bitte <input type="checkbox"/> Beobachtung, Bedenken, Bedürfnis, Bitte <input type="checkbox"/> weiß nicht	(Nur eine Antwort ist richtig!)

Bitte geben Sie an, ob es sich bei den folgenden Aussagen um „Wolfssprache“ (= gewaltvolle Kommunikation) oder um „Giraffensprache“ (= gewaltfreie Kommunikation) handelt.				
2	Du bist immer so unpünktlich.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
3	Du bist aggressiv.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
4	Ich fühle mich von Dir missverstanden.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
5	Ich fühle mich unwohl.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
6	Bist Du verärgert?	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
7	Du hast mich hintergangen.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
8	Ich finde, Du räumst nie ordentlich auf.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
9	Du hast Deine Sachen im Besprechungsraum liegenlassen.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
10	Ich fühle mich von Dir im Stich gelassen.	„Wolf“ <input type="checkbox"/>	„Giraffe“ <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

B) Thema „Empathie und empathischer Kurzschluss“

1	Beim „empathischen Kurzschluss“ trifft folgendes zu:	
	<input type="checkbox"/> Die Bedürfnisse des anderen werden überbewertet. <input type="checkbox"/> Die eigenen Gefühle werden nicht beachtet. <input type="checkbox"/> Die Bedürfnisse des anderen werden nicht beachtet. <input type="checkbox"/> Die Gefühle des anderen werden hinterfragt. <input type="checkbox"/> weiß nicht	(Nur eine Antwort ist richtig!)

2	Wenn eine Pflegeperson in ihrem Verhalten gegenüber einem Patienten einen „empathischen Kurzschluss“ zeigt, dann ist dies...	
	<input type="checkbox"/> eine kurzfristige Entlastung für den Patienten. <input type="checkbox"/> eine kurzfristige Entlastung für die Pflegeperson. <input type="checkbox"/> eine langfristige Entlastung für den Patienten. <input type="checkbox"/> eine langfristige Entlastung für die Pflegeperson. <input type="checkbox"/> weiß nicht	(Nur eine Antwort ist richtig!)

3	Was ist <u>kein</u> Problem im Sinne des „empathischen Kurzschlusses“?	
	<input type="checkbox"/> Ich gebe eine Antwort, die die Gefühle und Bedürfnisse meines Gegenübers nicht berücksichtigt. <input type="checkbox"/> Ich reagiere nur auf meine eigenen Gefühle. <input type="checkbox"/> Ich verstehe die Gedankenwelt meines Gegenübers falsch. <input type="checkbox"/> Ich möchte Entlastung für mich selbst. <input type="checkbox"/> weiß nicht	(Nur eine Antwort ist richtig!)

4	Worin liegt oftmals der Grund für einen „empathischen Kurzschluss“?	
	<input type="checkbox"/> Unbewusste Aggressionen gegenüber dem Patienten. <input type="checkbox"/> Mangel an Einfühlungsvermögen. <input type="checkbox"/> Versuch, selbst emotionale Stabilität zu erlangen. <input type="checkbox"/> Versuch, dem Patienten emotionale Stabilität zu geben. <input type="checkbox"/> weiß nicht	(Nur eine Antwort ist richtig!)

Fortsetzung Thema B) „Empathie und empathischer Kurzschluss“

Bitte lesen Sie sich die folgenden Geschichten durch und geben Sie an, ob es sich hierbei um einen „empathischen Kurzschluss“ handelt.		Empathischer Kurzschluss?		
5	Eine Patientin sagt, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer häufig telefoniert und dass sie das stört. Sie fragen, was an dem Verhalten genau störend sei.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
6	Ein Patient gibt an Angst zu haben, dass er die Operation nicht überlebt. Sie beruhigen ihn, indem sie sagen, dass der Chirurg ein erfahrener Mann sei und ein Experte auf seinem Gebiet.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
7	Sie sehen eine Kollegin im Dienstzimmer weinen. Auf Ihre Nachfrage hin erzählt ihnen die Kollegin, dass „sie alles falsch“ mache und die Patienten sie „sowieso nicht mögen“. Sie versichern glaubhaft, dass Sie die Arbeit der Kollegen sehr schätzen und auch von anderen Kollegen diese Einschätzung gehört haben.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Bitte lesen Sie sich nun die folgende Geschichte durch und entscheiden Sie, ob es sich bei den Antworten um einen „empathischen Kurzschluss“ handelt. <i>Nach einer schweren Herzerkrankung steht für Ihre Patientin Frau Schmitz nun die Reha an. Im Gespräch wird sie plötzlich still und nachdenklich und sagt dann zu Ihnen: „Ob ich wohl jemals wieder in meinen alten Job zurückkehren kann?“</i> <i>Sie sagen Ihr:</i>		Empathischer Kurzschluss?		
8	„Warten Sie doch erst einmal das Ende der Reha ab.“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
9	„Weiß Ihr Arbeitgeber denn schon Bescheid?“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
10	„Sie machen sich große Sorgen, nicht wahr?“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
11	„Sie haben sich doch bisher prima erholt bei uns.“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
12	„Sie wären sich gerne sicher, dass Sie wieder arbeiten können wie früher?“	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Sie haben es geschafft!

Vielen Dank für Ihre Hilfe!



Forschungsprojekt „Trainingskonzept Empathie“
Universität Duisburg-Essen
Institut für Psychologie
Professur für Differentielle Psychologie
Berliner Platz 6-8
45127 Essen

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

Resümee zum Seminar

Liebe/r Seminarteilnehmer/in,

bitte nehmen Sie sich jetzt einen kurzen Moment Zeit,
sich an das Seminar zurück zu erinnern,
an die behandelten Inhalte, die Übungen,
die erlernten Techniken.

Beginnen Sie dann mit dem letzten Teil des
Fragebogens.

Vielen Dank!

Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

- stimme überhaupt nicht zu
- stimme nicht zu
- teils/teils
- stimme zu
- stimme vollkommen zu

Ihr persönliches Resümee zum Seminar		stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils/teils	stimme zu	stimme vollkommen zu
1	Das Seminar war eine persönliche Bereicherung für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Das Seminar hat mein Interesse an dem Thema geweckt / verstärkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Die Lernziele des Seminars sind mir im Nachhinein noch deutlicher geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Das Seminar hat mich zur inneren Auseinandersetzung mit dem Thema Empathie angeregt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich habe den Eindruck, durch das Seminar stehen mir mehr Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Durch das Seminar habe ich jetzt in schwierigen Gesprächen ein gutes Werkzeug an der Hand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwendung der Seminarinhalte in der Praxis						
7	Ich konnte die im Seminar erlernten Techniken im Berufsalltag gut umsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Insgesamt bewerte ich die Anwendbarkeit der im Seminar erlernten Techniken als sehr schlecht umsetzbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr gut umsetzbar					

Bitte geben Sie an, wo und ob Sie die „Gewaltfreie Kommunikation“ nach dem Seminar eingesetzt haben und wie zufrieden Sie damit waren.

- überhaupt nicht zufrieden
- nicht zufrieden
- teils/teils
- zufrieden
- vollkommen zufrieden

Haben Sie die im Seminar erlernten Techniken der „Gewaltfreien Kommunikation“ ausprobiert...			überhaupt nicht zufrieden	nicht zufrieden	teils/teils	zufrieden	vollkommen zufrieden
9	...im Gespräch mit Patienten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie zufrieden waren Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...im Gespräch mit Kollegen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie zufrieden waren Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	...im Gespräch mit Vorgesetzten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie zufrieden waren Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	...im privaten Bereich. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie zufrieden waren Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte denken Sie nun an die Zeit, die seit dem Seminar vergangen ist.
Denken Sie an Ihren letzten Praxisblock. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- 1 = trifft gar nicht zu
- 2 = trifft wenig zu
- 3 = trifft mittelmäßig zu
- 4 = trifft überwiegend zu
- 5 = trifft völlig zu

		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	trifft mittelmäßig zu	trifft überwiegend zu	trifft völlig zu
V1	Ich bemerke bei anderen einen „empathischen Kurzschluss“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V2	Ich bemerke bei mir selbst einen „empathischen Kurzschluss“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V3	Ich bemerke, dass ich in Gesprächen möchte, dass es uns beiden gut geht – mir und dem anderen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V4	Ich kann besser auf mich achten.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V5	Ich versuche es den anderen möglichst recht zu machen und achte wenig auf mich dabei.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V6	Das Feedback von meinen Patienten hat sich nicht verändert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V7	Mir fällt auf, wenn jemand „Wolfssprache“ spricht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V8	Mir fällt auf, dass manche Sätze zwar nett gemeint sind, aber an den Bedürfnissen der anderen Person vorbei gehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V9	Ich bemerke, dass ich nicht einfach nur „Geht gerade nicht“ sage, sondern öfter „Ich verstehe Sie, Sie haben...“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V10	Ich spreche nun vermehrt „Giraffensprache“.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V11	Ob ich in Gesprächen die Gefühle meines Gegenübers anspreche oder nicht, ändert nichts am Gespräch.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V12	Um empathisch sein zu können, überlege ich öfter, was ich selbst in der Situation vielleicht gerne hören würde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V13	Ich denke selten über die Art und Weise nach, wie ich mit anderen rede.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V14	Ich spreche ein Bedürfnis beim Patienten nun öfter konkret an.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V15	Wie ich mit den Patienten umgehe, hat sich im Wesentlichen nicht verändert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V16	Eigentlich achte ich in Gesprächen fast nie darauf, ob ich viel oder wenig interpretiere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V17	In Gesprächen höre ich jetzt intensiver zu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V18	In schwierigen Situationen denke ich fast nie über Gefühle und Bedürfnisse nach.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V19	Ich bemerke öfter, wenn ich in einer Situation wertend reagiere.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V20	Ich gehe zufriedener aus Gesprächen heraus.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V21	In Gesprächen halte ich manchmal kurz inne, um mein Gegenüber besser zu verstehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V22	In Einzelgesprächen mit Patienten kann ich jetzt besser heraushören, was sie für ein Bedürfnis haben.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V23	Meine Patienten sind zufriedener, auch wenn ich ihre Wünsche nicht alle erfüllen kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V24	Ich gehe angespannter in Gespräche und fühle mich unsicherer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Abschließend möchten wir Sie um die Beantwortung einiger offener Fragen bitten. Bitte notieren Sie zu allen Fragen ein kurzes Feedback. Wir danken Ihnen sehr für Ihre Offenheit!

Ihr persönliches Resümee: Hat Ihnen das Seminar „etwas gebracht“?

Haben Sie in der Zeit nach dem Seminar etwas Neues ausprobiert, was im Seminar besprochen wurde? Wie zufrieden waren Sie damit?

Wie bewerten Sie die Anwendbarkeit im Berufsalltag? Wie haben Sie die Anwendbarkeit im Berufsalltag erlebt?

Haben Sie nach dem Seminar die Inhalte selbstständig vertieft? Wenn ja, wie?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Ihre Seminarleiter



Marcus Roth, Tobias Altmann und Victoria Hieb

Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

Wir möchten Sie nochmals bitten, Ihre eigenen Fähigkeiten einzuschätzen.

Geben Sie die Ausprägung Ihrer Fähigkeit an von 1= sehr schwach bis 5 = sehr gut.

Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt Sie Ihre Fähigkeit einschätzen...

		sehr schwach	schwach	mittelmäßig	gut	sehr gut
1	...anderen zuzuhören	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	...sich in andere hineinzuversetzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	...den Standpunkt des anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	...die Gefühle des anderen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	...Ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	...genau und sachlich zu beobachten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	...die Bedürfnisse anderer Menschen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	...Ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	...sich in Sie selbst einzufühlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	...empathische Momente im Alltag wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	...zwischen Ihren Gefühlen und den Gefühlen anderer zu differenzieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Code:

--	--	--	--	--	--	--	--

Wie Sie wissen, haben wir Sie auch vor dem Seminar um eine Einschätzung Ihrer Fähigkeiten gebeten.

In diesem Fragebogen haben Sie nun die Möglichkeit, Ihre damalige Einschätzung zu überdenken.

Was meinen Sie, jetzt, wo das Seminar vorbei ist: Wie waren Ihre Fähigkeiten vor dem Seminar ausgeprägt? Wie müssten Sie rückblickend Ihre Fähigkeiten einschätzen?

Vielleicht erinnern Sie sich noch daran, wie Sie Ihre Fähigkeiten vor dem Seminar eingeschätzt haben – bitte bewerten Sie nicht aus der Erinnerung an Ihre alten Angaben von damals.

Diese Einschätzung soll Ihre Meinung widerspiegeln, wie Sie sich vielleicht hätten bewerten sollen.

Es kann sein, dass sich diese Angaben unterscheiden, aber das muss nicht der Fall sein.

Bitte denken Sie nun zurück an den Zeitpunkt vor dem Seminar.

Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt Sie Ihre Fähigkeit vor dem Seminar einschätzen...

		sehr schwach	schwach	mittelmäßig	gut	sehr gut
1	...anderen zuzuhören	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	...sich in andere hineinzuversetzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	...den Standpunkt des anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	...die Gefühle des anderen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	...Ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	...genau und sachlich zu beobachten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	...die Bedürfnisse anderer Menschen wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	...Ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	...sich in Sie selbst einzufühlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	...empathische Momente im Alltag wahrzunehmen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	...zwischen Ihren Gefühlen und den Gefühlen anderer zu differenzieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Lebenslauf

Der Empfehlung der Universitätsbibliothek Duisburg-Essen wird entsprochen und in dieser elektronisch hinterlegten Version der Dissertation aus datenschutzrechtlichen Gründen kein Lebenslauf angefügt. Dieser findet sich in der gedruckten Version an dieser Stelle.